



**Escola Nacional  
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

**Saúde oral nos cuidados de saúde primários da Região de  
Lisboa e Vale do Tejo**

**Estudo qualitativo sobre o projeto-piloto iniciado em 2016 na  
ARSLVT**

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários  
à obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública, realizada sob a  
orientação científica do Professor Doutor Victor Ramos

**Julho, 2018**



## **Agradecimentos**

Ao meu orientador, Prof. Doutor Victor Ramos, pela disponibilidade, colaboração e apoio prestados.

A toda a minha família pela motivação e ajuda proporcionadas.

À ARSLVT pela permissão de realização do estudo.

Ao Grupo Regional de Saúde Oral da ARSLVT pela disponibilidade e esclarecimentos prestados.

À Dra. Isabel Andrade e Dr. Osvaldo Santos pelo apoio concedido.



## Resumo

**Enquadramento:** Em Portugal os cuidados dentários não têm feito parte dos cuidados universais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), existindo barreiras financeiras ao seu acesso, resultando numa parte significativa da população com necessidades não satisfeitas. No final de 2016 foram criadas consultas de saúde oral, a título experimental, nos cuidados primários com a colocação de equipas de médicos dentistas e higienistas orais em consultórios nos centros de saúde a prestar tratamentos aos doentes referenciados pelos médicos de família.

**Objetivos:** O presente estudo teve como objetivo descrever e caracterizar as mudanças ocorridas na prestação de cuidados de saúde oral após a introdução dos dentistas nos cuidados de saúde primários nos seis Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) pertencentes ao projeto-piloto.

**Metodologia:** Estudo descritivo qualitativo baseado na análise dos questionários realizados aos 13 Médicos Dentistas (MD) e aos 6 Presidentes dos Conselhos Clínicos e de Saúde (PCCS) dos ACES abrangidos.

**Resultados e conclusões:** O Projeto permitiu o acesso a cuidados de saúde oral a 4% dos utentes inscritos nos ACES envolvidos. Os resultados sugerem a necessidade da criação da carreira profissional de médico dentista no SNS e a relevância da possibilidade de constituição de Unidades de Saúde Oral. Os resultados sublinham ainda a dimensão das necessidades por satisfazer e o esforço necessário a desenvolver para diminuir as iniquidades na população.

**Palavras chave:** saúde oral; cuidados de saúde primários; médicos dentistas; serviço nacional de saúde; acesso a cuidados de saúde oral

## **Abstract**

**Scope:** In Portugal, oral health doesn't have been a part of the universal care of the Portuguese NHS, existing financial barriers to access this care, resulting in a significant proportion of the population with unmet needs. At the end of 2016, oral health consultations were created, on an experimental basis, in primary health care (PHC) with the placement of teams of dentists and oral hygienists in some community health centres to provide care to patients referenced by their family doctors.

**Objectives:** The present study aimed to describe and characterize the changes occurred with the provision of oral health care after the introduction of the dentists in the six PHC groups (ACES) of the Regional Health Administration of Lisbon and Tagus Valley (ARSLVT) where the pilot project was initiated.

**Methods:** Qualitative descriptive study based on the analysis of the questionnaires applied to the 13 Dentists (MD) and to the 6 Presidents of the Clinical and Health Councils (PCCS) of the covered ACES.

**Results and Conclusions:** The Project allowed access to oral health care to 4% of the users enrolled in the ACES involved. The results suggest the need to create a professional career for dentists in the NHS and the relevance of the possibility of establishing Oral Health Units for PHC. The results also underline the extent of the existing unmet needs and the effort that is required to reduce inequalities in the population.

**Keywords:** oral health; primary health care; dentists; National Health Service; access to oral health care

# ÍNDICE

<b>1. Introdução .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Revisão de literatura.....</b>	<b>5</b>
2.1. Conceitos de Saúde Oral .....	5
2.2. Necessidades não satisfeitas .....	6
2.3. Acesso aos cuidados de saúde Oral .....	7
2.4. Estado de saúde oral da população portuguesa.....	8
2.5. Perceções dos portugueses relativamente aos cuidados de saúde oral.....	10
2.6. Prestação de cuidados de saúde oral em Portugal.....	11
2.7. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral .....	15
2.8. Impacto Económico da Saúde Oral .....	18
2.9. Cuidados de saúde oral nos cuidados de saúde primários.....	19
<b>3. Objetivos do Estudo .....</b>	<b>23</b>
3.1. Objetivo Geral .....	23
3.2. Objetivos específicos.....	23
<b>4. Métodos.....</b>	<b>25</b>
4.1 Tipo de estudo.....	25
4.2 Universo e amostra .....	25
4.3 Instrumentos de recolha de dados.....	25
4.4. Processo de recolha de dados .....	27
4.5 Análise temática dos dados.....	27
4.6 Aspetos éticos.....	27
<b>5. Resultados .....</b>	<b>29</b>
5.1 Médicos dentistas: perceções sobre os cuidados de saúde oral nos centros de saúde .....	31
5.1.1. Utentes que recorrem às consultas de saúde oral .....	31
5.1.2. Adequação do projeto às necessidades dos utentes .....	34
5.1.3. Motivação e satisfação dos médicos dentistas.....	36
5.1.4. Obstáculos à implementação do projeto .....	39
5.1.5. Fatores favoráveis à implementação do projeto.....	40
5.1.6. Benefícios decorrentes do projeto.....	42
5.1.7. Riscos para o futuro do projeto .....	43
5.1.8. Caminhos e propostas de melhorias futuras se estas dependessem da decisão dos participantes no estudo.....	45

5.2. Presidentes do Conselhos Clínicos e de Saúde: percepções sobre os cuidados de saúde oral nos centros de saúde.....	48
5.2.1. Obstáculos à implementação do projeto .....	48
5.2.2. Fatores favoráveis à implementação do projeto .....	50
5.2.3. Benefícios decorrentes do projeto.....	51
5.2.4. Acréscimos de valor em saúde pública .....	51
5.2.5. Riscos para o futuro do projeto .....	52
5.2.6. Caminhos e propostas de melhorias futuras se estas dependessem da decisão dos participantes no estudo.....	53
<b>6. Discussão.....</b>	<b>57</b>
6.1 Limitações do tipo de estudo e dos métodos.....	57
6.2 Discussão dos Resultados .....	58
6.2.1. Médicos dentistas: percepções sobre os cuidados de saúde oral nos centros de saúde.....	58
6.2.2. Presidentes do Conselhos Clínicos e de Saúde: percepções sobre os cuidados de saúde oral nos centros de saúde .....	63
<b>7. Conclusão .....</b>	<b>67</b>
<b>8. Referências Bibliográficas .....</b>	<b>69</b>



## Lista de Figuras

<b>Figura 1</b>	Percentagem de população europeia maior de 16 anos com necessidades de cuidados de saúde oral não satisfeitos em 2016 ...	6
<b>Figura 2</b>	Percentagem de população europeia maior de 16 anos com necessidades de cuidados de saúde oral não satisfeitos por serem demasiado caros, ou distantes ou com listas de espera, por idade em 2016 .....	7
<b>Figura 3</b>	Percentagem de população europeia que possui todos os dentes naturais .....	9
<b>Figura 4</b>	Distribuição da população por médico dentista no ativo .....	13
<b>Figura 5</b>	Ratio populacional por médico dentista em países da União Europeia, 2012 .....	14



## Lista de Tabelas

<b>Tabela 1</b>	Número total de cheques emitidos no âmbito do PNPSO .....	16
<b>Tabela 2</b>	Taxa de utilização de cheques no âmbito do PNSO .....	17
<b>Tabela 3</b>	Utentes Atendidos nos CS no ano de 2017 no âmbito da Saúde Oral nos Cuidados de saúde primários.....	29
<b>Tabela 4</b>	Distribuição por faixa etária dos utentes atendidos nos cuidados saúde oral .....	13
<b>Tabela 5</b>	Distribuição por género dos utentes atendidos nos cuidados saúde oral .....	30
<b>Tabela 6</b>	Distribuição de MD e PCCS por ACES.....	30



## **Lista de Abreviaturas**

**ACES** Agrupamentos de Centros de Saúde

**ACSS** Administração Central do Sistema de Saúde

**ARS** Administração Regional de Saúde

**ARSLVT** Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

**CS** Centro de Saúde

**CSP** Cuidados de Saúde Primários

**ERS** Entidade Reguladora da Saúde

**HO** Higienista Oral

**M1** Medicine One

**MD** Médico Dentista

**MGF** Medicina Geral e Familiar

**OCDE** Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

**OMD** Ordem dos Médicos Dentistas

**OMS** Organização Mundial de Saúde

**PCCS** Presidente do Conselho Clínico e de Saúde

**PIPCO** Projeto de Intervenção Precoce no Cancro Oral

**PNPSO** Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral

**RNCSO** Rede Nacional de Cuidados de Saúde Oral

**SISO** Sistema de Informação para a Saúde Oral

**SNS** Serviço Nacional de Saúde

**URAP** Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

**USO** Unidade de Saúde Oral



## 1. Introdução

A saúde oral é essencial para a saúde em geral e a qualidade de vida das pessoas sendo cada vez mais conhecidas associações entre as doenças da cavidade oral e várias outras doenças sistémicas(1).

As doenças orais apresentam uma alta prevalência e têm grandes consequências na qualidade de vida da população podendo comprometer funções básicas como a fala, sorriso, mastigação, entre outras.(1).

A FDI World Dental Federation considera que “a saúde oral é uma componente essencial da saúde em geral e um índice elevado de saúde oral é um direito humano fundamental”(2), mas o Serviço Nacional de Saúde (SNS) português, quando foi criado em 1979, deixou de fora os cuidados dentários.

Uma vez que, os cuidados de saúde oral não têm feito parte do pacote de cuidados universais do SNS, os portugueses enfrentam fortes barreiras financeiras para acederem a estes cuidados, já que a maioria dos prestadores opera essencialmente no sector privado e são pagos maioritariamente de forma direta pela população(3) .

Um sistema de saúde tem por objetivo principal contribuir para uma boa saúde, sendo um bom sistema aquele que procura reduzir as desigualdades respondendo equitativamente a todos sem discriminação(4). No entanto, em Portugal o acesso a este tipo de cuidados tem sido desigual, sendo os grupos de menores rendimentos aqueles que apresentam mais necessidades não satisfeitas(5).

Por outro lado, a carga da doença apresenta custos muito elevados tanto ao nível direto dos tratamentos como ao nível indireto, principalmente em termos de perda de produtividade e absentismo no trabalho(6).

Na medida em que a despesa total nacional em cuidados de saúde oral (pública e privada) é crescente(7), é importante atuar ao nível da prevenção e do tratamento precoce das doenças orais, avaliando programas que permitam uma melhor sustentabilidade do sistema e promovam a equidade no acesso aos cuidados.

A saúde oral é, assim, um tema importante em saúde pública.

Portugal é o país da União Europeia com mais necessidades de cuidados de saúde oral não satisfeitas (8) o que reflete os elevados índices de doenças orais da população (1).

Em 2005 entrou em vigor o Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) e em 2008 foi criado o Programa do “cheque-dentista” com um alargamento dos grupos beneficiários e um modelo de contratualização entre o SNS e prestadores privados na área da saúde oral(9).

Os cheques-dentista são atribuídos pelos centros de saúde a determinados utentes beneficiários, permitindo o acesso a um conjunto de tratamentos preventivos e curativos, podendo ser usufruídos gratuitamente em qualquer prestador de medicina dentária com acordo com o SNS (10).

No entanto, este programa ainda não é suficiente para fazer face a todas as necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde oral em Portugal.

A partir de setembro de 2016, foram criadas consultas de saúde oral, a título experimental, nos cuidados de saúde primários do SNS, com a integração de médicos dentistas em consultórios nos centros de saúde, no sentido de prestar tratamentos aos utentes referenciados pelo médico de medicina geral e familiar (11).

Os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) que integraram a experiência piloto foram: ACES Almada-Seixal, ACES Arco Ribeirinho, ACES Médio Tejo, ACES Lezíria, ACES Estuário do Tejo e ACES Oeste Sul (11).

Até dezembro de 2016 apenas tinham acesso às consultas de saúde oral os utentes com patologias crónicas definidas privilegiando-se os mais vulneráveis. Posteriormente, o acesso foi alargado a todos os utentes inscritos nos ACES onde existiam consultas de medicina dentária (11).

Desta forma, alguns utentes passaram a ser tratados em serviços próprios do SNS, ao contrário do programa do cheque-dentista que é baseado no recurso a prestadores privados com acordo com o Ministério da Saúde.

Decorrido o primeiro ano após o início do referido projeto-piloto pareceu à autora interessante conhecer as principais alterações sucedidas. A monitorização destas experiências é essencial para a aquisição de conhecimento, para o desenho de novas investigações, desenvolvimento de medidas de promoção da saúde e implementação de novos projetos.

Este estudo visou conhecer as mudanças ocorridas na prestação de cuidados de saúde oral após a introdução dos dentistas nos cuidados de saúde primários nos seis ACES da ARSLVT que integraram o projeto-piloto.



Referindo-se ao primeiro ano de implementação do projeto, o estudo incidiu sobre as perceções dos médicos dentistas (MD) e os Presidentes dos Conselhos Clínicos e de Saúde (PCCS) dos seis ACES envolvidos.

Os dados qualitativos analisados referem-se à informação, recolhida através dos questionários, aplicados àqueles profissionais e dirigentes.

Este estudo foi objeto de autorização prévia da Comissão de Ética da ARSLVT.

No Capítulo 2 é apresentada a revisão da literatura sobre o tema analisado, abordando alguns conceitos chave e temas pertinentes como as necessidades não satisfeitas, o acesso aos cuidados dentários, o estado geral da saúde oral em Portugal, as perceções dos portugueses, o PNPSO, o impacto económico dos cuidados de saúde oral, bem como a forma como estes cuidados se inserem nos cuidados de saúde primários (CSP) em Portugal. No Capítulo 3 são definidos os objetivos gerais e específicos propostos neste estudo. No quarto Capítulo é desenvolvida a metodologia utilizada no estudo e os procedimentos para a realização do mesmo. No quinto e sexto Capítulos são apresentados os resultados principais e sua discussão. No Capítulo final, é feita a discussão dos resultados e retiradas as principais ilações, numa perspetiva de orientação para linhas de investigação futura, sendo salientados aspetos referentes aos utentes, aos profissionais MDe à organização, e possibilidades de evolução para os cuidados de saúde oral em Portugal.



## **2. Revisão de literatura**

### **2.1. Conceitos de Saúde Oral**

A saúde oral pode ser definida como o estado de ausência total de dor na boca ou face, cancro oral ou da garganta, infecção oral, doença periodontal, cárie, perda dentária, e outras doenças ou distúrbios que afetem capacidades funcionais como morder, mastigar, sorrir, falar e o bem-estar psicossocial do indivíduo(12).

As doenças orais não provocam apenas dor e desconforto individual. Têm um grande impacto na saúde e qualidade de vida em geral, influenciando igualmente a comunidade através dos sistemas de saúde e custos associados (7).

A sua prevalência é elevada mas os seus padrões variam consoante as condições e estilos de vida das diferentes populações, a disponibilidade e o acesso aos serviços de saúde(12).

As doenças mais comuns são: a cárie dentária, a doença periodontal, o cancro oral, as doenças infecciosas orais, traumas derivados de feridas e lesões hereditárias(12).

A nível mundial, a cárie dentária está presente em 60-90 % das crianças em idade escolar e em aproximadamente 100 % dos adultos provocando muitas vezes desconforto e dor(12).

A doença periodontal severa, que pode causar perda dentária, existe em 15-20 % dos adultos entre os 35 e 44 anos (12).

A cárie dentária e a doença periodontal são as causas principais da perda de dentes. A ausência total de dentes naturais afeta toda a população mundial e em particular a mais velha. Cerca de 30% das pessoas, a nível global, entre os 65 e 74 anos não tem nenhum dente natural (12).

Quanto ao cancro oral, a sua incidência varia entre 1 a 10 casos por 100000 habitantes na maioria dos países. A prevalência deste tipo de cancro é relativamente mais elevada nos homens, pessoas mais velhas, e entre população com níveis mais baixos de educação e rendimentos (12).

A prevalência das doenças orais está a aumentar de forma global, sendo a carga da doença mais forte entre os grupos mais pobres e mais desfavorecidos. Os determinantes sociais são muito relevantes em saúde oral (12).

As doenças orais partilham um conjunto de fatores de risco com as doenças crónicas não transmissíveis como as doenças cardiovasculares, cancro, doenças respiratórias crónicas, diabetes (13) e determinadas condições como a obesidade (7).

Dos fatores de risco das doenças orais, uns são intrínsecos ao indivíduo como a idade, o sexo, condições hereditárias e não podem ser modificados. Outros como os comportamentos individuais e estilos de vida são passíveis de alteração. Fatores como a dieta, a higiene oral, os hábitos tabágicos, o abuso do álcool, fatores ambientais e acesso aos serviços de saúde são de relevante importância em saúde oral (13).

No entanto, as doenças orais são largamente preveníveis. Controlando os seus fatores de risco podem conseguir-se progressos sustentáveis em saúde oral.

## 2.2. Necessidades não satisfeitas

Na sua publicação *Health at a Glance 2016*, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) revela a existência de elevado número de países com necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde oral (14).

De acordo com dados do Eurostat, em 2016, 5,6 % da população europeia com mais de 16 anos apresentava necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde oral, sendo esta percentagem superior à generalidade dos cuidados médicos. Portugal é o país da União Europeia (EU) com mais necessidades deste tipo de cuidados não satisfeitas, tendo uma percentagem de 18 % (15).

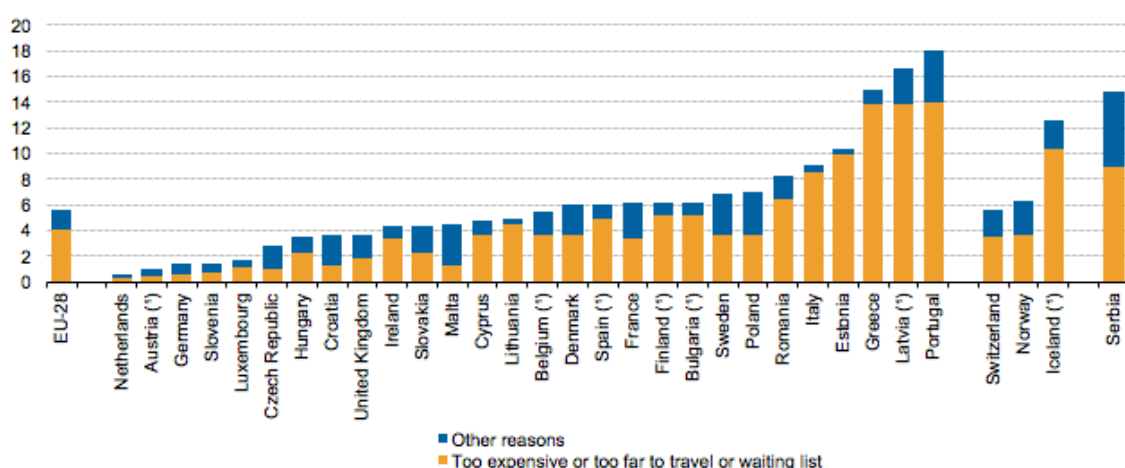


Figura 1 - Percentagem de população europeia maior de 16 anos com necessidades de cuidados de saúde oral não satisfeitos em 2016

Fonte: Eurostat, 2018 (8).

A principal causa para a existência de cuidados de saúde oral não satisfeitos é o custo elevado. Dois terços daqueles que reportam a não satisfação deste tipo de cuidados apresentam o fator custo como fundamento, equivalendo a 3,7 % de toda a população. Em Portugal, este valor destaca-se nos 13,8 % , o mais elevado de todos os países estudados(15).

A seguir aos custos, as causas mais comuns são “medo” de ir ao dentista (0,5 %), a falta de tempo e listas de espera (ambas com 0,3 %). Outras causas menos comuns como “esperar que o problema se resolva por si próprio” (0,2 %) ou não conhecer um bom dentista/especialista (0,1 %) são residuais. A percentagem de população que refere a distância para deslocação como causa é insignificante(15).

Na Europa em geral, o grupo populacional na faixa etária entre os 45-64 anos é o que reporta mais necessidades não satisfeitas de cuidados de saúde oral devido aos elevados custos, distância a percorrer e listas de espera(15).

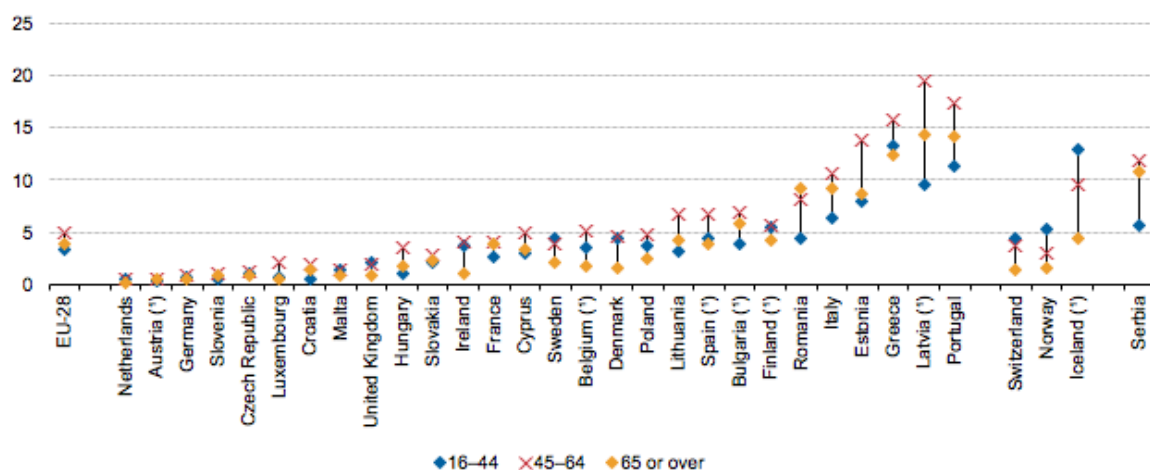


Figura 2 - Percentagem de população europeia maior de 16 anos com necessidades de cuidados de saúde oral não satisfeitos por serem demasiado caros, ou distantes ou com listas de espera, por idade em 2016

Fonte: Eurostat, 2018 (16).

### 2.3. Acesso aos cuidados de saúde Oral

Nos países da União Europeia, o acesso aos cuidados de saúde oral apresenta diferenças significativas relacionadas com o estatuto socioeconómico, o nível de educação, a idade, o género ou estado geral de saúde das pessoas. As iniquidades mais profundas verificam-se nas populações mais vulneráveis e de mais baixos

rendimentos da sociedade: pessoas que vivem em áreas de privação material ou social, residentes em hospitais psiquiátricos, população idosa vulnerável, presidiários, sem abrigo, refugiados, imigrantes, populações migrantes, grupos étnicos que sofrem de desvantagens sociais e adultos com dificuldades de aprendizagem. Estes grupos apresentam um baixo nível de saúde oral e têm frequentemente dificuldades no acesso aos cuidados de saúde dentários. Normalmente frequentam serviços nos cuidados de saúde primários ou tratamentos de emergência, quando estão em dor, em vez de procurarem a prevenção da doença (7).

Em Portugal, segundo a Lei de Bases da Saúde, o Estado deve “Garantir a equidade no acesso dos utentes” aos cuidados de saúde “com o objetivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras...” (17). No entanto, existem barreiras muito claras ao nível socioeconómico na obtenção dos cuidados de saúde. As consultas de saúde oral apresentam uma forte probabilidade de reportar necessidades não satisfeitas revelando um gradiente socioeconómico muito marcado (53% nos menores rendimentos e 9% nos maiores rendimentos), sendo estes cuidados consideravelmente mais utilizados pelos grupos de mais elevados rendimentos afetando gravemente os mais carenciados. Quando comparado com o resto da Europa Portugal não apresenta maiores barreiras de acesso, mas estas são mais significativas do ponto de vista económico (5).

Apesar de existirem medidas para reduzir as iniquidades nos cuidados de saúde oral, como é o caso dos cheques-dentista, que permitem recorrer ao setor privado, estas ainda não são suficientes para a dimensão das necessidades (5).

Assim, para melhorar o acesso a estes cuidados e reduzir as despesas catastróficas em saúde, em especial aos cidadãos mais carenciados, é necessária uma ação determinada do SNS nesta área (5). Para tal, será necessária uma redução das barreiras financeiras e não financeiras e a promoção de uma oferta adequada de dentistas e outros profissionais de saúde oral de forma a responder à procura e permitir um acesso mais equitativo em especial à população mais desfavorecida (18).

## **2.4. Estado de saúde oral da população portuguesa**

As necessidades não satisfeitas traduzem o estado de saúde de uma população.

Para avaliar o estado de saúde oral são usados vários indicadores, entre eles a prevalência e a gravidade da cárie dentária e da doença periodontal, a percentagem de indivíduos da população com a dentição total, a percentagem de população adulta com mais de 65 anos sem dentes e a incidência de cancro do lábio e cavidade oral (3).

Portugal apresenta, quando comparado com os Estados da Comunidade Europeia mais desenvolvidos, elevados níveis de cárie dentária e doenças das gengivas (periodontopatias) o que tem como consequência a existência de um grande número de pessoas parcialmente edentuladas (1).

Apenas 32,4 % da população tem a dentição completa, sendo a população do sexo feminino a mais afetada. Dos portugueses com falta de dentes naturais, somente 42,6 % têm dentes de substituição (19).

Question: QB10. How many of your natural teeth do you have?

Answers: All



Figura 3 - Percentagem de população europeia que possui todos os dentes naturais

Fonte: Eurobarometer, 2010 (20).

Relativamente ao cancro oral, em Portugal esta doença é responsável por 4% das mortes nos homens, sendo nestes a quinta causa de morte por causa oncológica. A taxa de sobrevivência aos 5 anos é de cerca de 55 %. Perante uma situação de cancro é de vital importância um diagnóstico precoce e um atempado tratamento. No

entanto, estes tumores malignos são normalmente detetados apenas numa fase tardia do seu desenvolvimento (21).

Segundo o Barómetro da Saúde Oral 27,1 % dos portugueses nunca visitaram o médico dentista ou apenas o fazem em caso de urgência. Apesar da percentagem ter vindo a diminuir, 41,3 % dos portugueses não visitam o médico dentista há mais de um ano. As razões apontadas pelos portugueses que nunca vão ao médico ou o fazem menos de uma vez no ano são a ausência de necessidade (44,5%) ou questões monetárias (42,8%) (19).

Relativamente à população menor, a maior regularidade de visitas ao médico dentista é observada nas crianças com idades compreendidas entre os 7 e os 9 anos. Ainda que a maioria dos portugueses tenha a noção que os dentes de leite devem ser tratados, 60,6 % dos menores de 6 anos nunca visitaram o médico dentista. Relativamente ao cheque-dentista, os menores com idades entre os 10 e 12 anos são os que mais o utilizam (19).

A saúde oral da população portuguesa reflete a regularidade das visitas ao dentista. Quando a frequência de visitas ao dentista diminui, a falta de dentes naturais aumenta e vice-versa (19).

## **2.5. Perceções dos portugueses relativamente aos cuidados de saúde oral**

Na escolha do médico dentista salientam-se vários atributos como o resultado dos tratamentos, os preços praticados e a confiança no profissional. A proximidade não aparenta ser um fator primordial uma vez que os portugueses demoram em média mais tempo a chegar ao seu médico dentista do que demorariam a chegar ao médico dentista mais próximo (19).

Em relação à taxa de informação da população sobre a oferta de consultas de medicina dentária no SNS verifica-se que 71,1 % da população não sabe da sua existência (19).

Em termos de utilização do SNS, no ano de 2016, 3,3 % dos utentes recorreram ao centro de saúde para tratar algum problema de saúde oral, e destes 76,2% foram aconselhados a consultar um médico dentista. Recorreram à urgência hospitalar 6,7 % dos utentes, e destes em 51,7 % dos casos o problema ficou resolvido (19).



Os portugueses percecionam a medicina dentária como uma das áreas mais dispendiosas da medicina. Talvez por isso, 80,1 % classifique como muito importante o acesso a serviços de medicina dentária no SNS e 77,7 % valorize como muito importante a comparticipação do estado nas consultas no setor privado (19).

## **2.6. Prestação de cuidados de saúde oral em Portugal**

Atualmente existem em Portugal quatro classes profissionais que cuidam da saúde oral dos cidadãos: os estomatologistas, os médicos dentistas, os odontologistas e os higienistas orais (1).

Os estomatologistas são profissionais licenciados em medicina que se especializaram posteriormente em estomatologia. São a classe mais antiga de profissionais que trata da cavidade oral e estão inseridos no SNS na carreira médica hospitalar. No futuro esta classe tem tendência a desaparecer e ser substituída pelos médicos dentistas (1).

Os médicos dentistas são profissionais licenciados em medicina dentária que exercem essencialmente no setor privado, pois no SNS não existe carreira definida. Alguns profissionais exercem no SNS, em hospitais ou centros de saúde com diversas situações contratuais a necessitar de definição urgente da sua condição profissional (1).

Atualmente as competências destas duas classes profissionais são muito próximas.

Os odontologistas pertencem a uma classe profissional que trata das doenças da cavidade oral, mas não tem formação académica específica a nível nacional. Tem um enquadramento muito particular e é limitada a um conjunto de atos. Esta classe tem também tendência a desaparecer com o tempo (1).

Por fim, os higienistas orais estão integrados no SNS na carreira de técnicos de diagnóstico e terapêutica cujo exercício profissional está determinado pelo Decreto-Lei 564/99 de 21 de dezembro. As suas competências são apenas na área preventiva e não curativa (1).

Os prestadores de medicina dentária operam essencialmente no setor privado, já que o Serviço Nacional de Saúde não oferece uma cobertura extensiva dos cuidados de saúde oral(22). Os pagamentos das consultas de saúde oral são efetuados maioritariamente por pagamentos diretos (78,3 %) e através de seguros de saúde

(11,6 %). O SNS apresenta uma utilização de 0,5 % representando os cheques dentista apenas 0,2 % (19).

A grande maioria dos dentistas trabalha por conta própria, sendo a sua atividade regulada pela Ordem dos Médicos Dentistas (OMD).

Em 2016, de acordo com dados do Observatório de Saúde Oral, estavam inscritos na OMD 10 688 médicos dentistas(23).

Desde 2006 tem-se verificado uma tendência crescente do número de membros inscritos na ordem, sendo esta tendência observável a cada ano que passa tanto ao nível dos membros ativos como nos membros inativos (23).

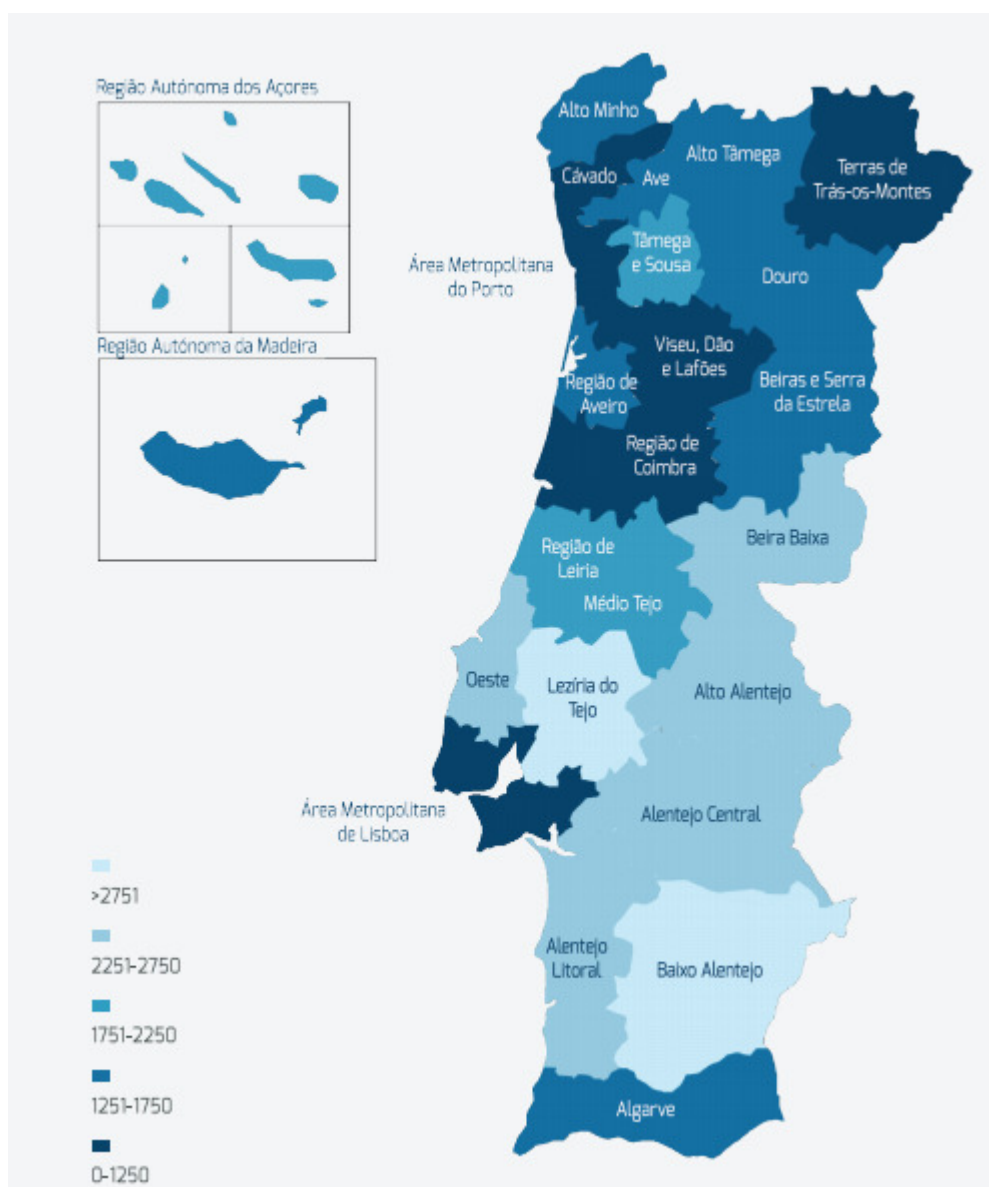
Os membros ativos representam 88 % do total de médicos dentistas inscritos, sendo a sua média de idades de 38 anos ( 77% dos membros têm menos de 45 anos) (23).

Quanto aos membros inativos, estes representam 12% do total de médicos dentistas inscritos e as suas idades situam-se maioritariamente entre os 26 e os 40 anos (53,5%). Nos últimos 10 anos, o número de membros inativos há mais de 5 anos, cresceu de 60 para 724. Destes membros, 48,8 % justificaram a suspensão da inscrição na OMD pelo facto de estarem a exercer profissionalmente no estrangeiro(23).

Por outro lado, salienta-se o número de alunos do curso de mestrado integrado em medicina dentária nas instituições de ensino portuguesas.No ano letivo de 2016/2017 o número de estudantes inscritos era de 3 199(23).

Relativamente à distribuição da população por médico dentista, verifica-se que, em 2016,em média existia em Portugal 1 médico dentista por 1 105 habitantes, sendo a distribuição destes profissionais pelo território nacional um pouco heterogénea (23).

As regiões do país que apresentam maior rácio de número de habitantes por médico dentista, ou seja, têm menos médicos ativos por habitante são o Baixo Alentejo e a Lezíria do Tejo. As regiões do país que apresentam um menor rácio de número de habitantes por médico dentista são Cávado, a Área Metropolitana do Porto, Região de Coimbra, Viseu Dão-Lafões, Terras de Trás-os-Montes e Área Metropolitana de Lisboa. Nestas regiões o número de habitantes por médico dentista é inferior à média nacional (23).

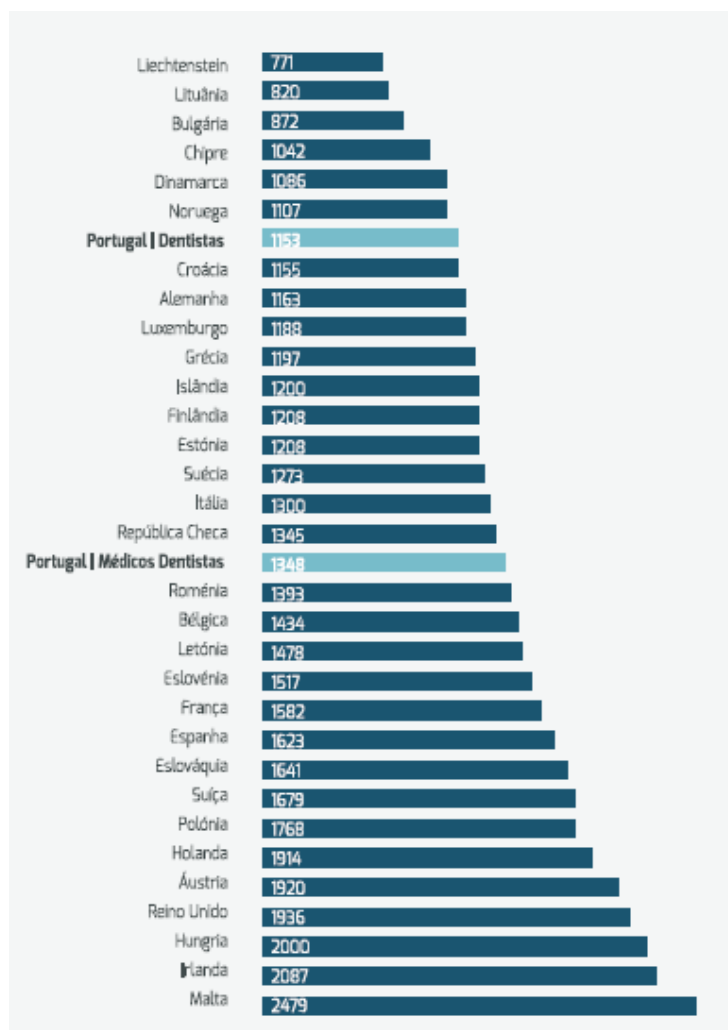


**Figura 4 - Distribuição da população por médico dentista no ativo**

Fonte: Observatório da Saúde Oral, 2017(23).

Nota: dados recolhidos com base no registo da indicação do “principal endereço profissional” na plataforma da OMD.

Quando comparado com a maioria dos países europeus, verifica-se que Portugal possui uma oferta superior de médicos dentistas, conforme apresentado na figura 5.



**Figura 5 - Ratio populacional por médico dentista em países da União Europeia, 2012**

Nota: denomina-se por “dentista” a soma de médicos dentistas, médicos estomatologistas e odontologistas. Por inexistência de dados mais recentes esta fonte remete para dados de 2012.

Fonte: Kravitz A, Bullock A, Cowpe J, Barnes E., 2015(24) in Observatório da Saúde Oral, 2017 (23).

Em 2012 em Portugal existia 1 médico dentista por 1348 habitantes e um dentista para 1153 habitantes. Na Europa o rácio médio de população para estes profissionais era de 1433 (24).

De acordo com as tendências observadas estima-se um crescimento anual de 4 % do número dos médicos dentistas ativos nos próximos anos. Este facto conjugado com a

diminuição prevista da população portuguesa, torna provável que em 2019 exista um médico dentista por menos de 1000 habitantes (23).

## **2.7. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral**

Em 2005 foi criado o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) com os objetivos de: redução da incidência e da prevalência das doenças orais nas crianças e jovens, melhoria dos conhecimentos e comportamentos sobre saúde oral e a promoção da equidade na prestação de cuidados de saúde oral às crianças e jovens com necessidades de saúde especiais (25).

Em 2008, o PNPSO foi alargado a outros grupos populacionais considerados de particular vulnerabilidade, sendo criado o “cheque-dentista” com uma componente de contratualização com prestadores privados (9).

Neste Programa são atribuídos, pelos centros de saúde (CS) aos beneficiários, cheques que permitem aceder a um conjunto de cuidados preventivos e curativos na área da medicina dentária, recorrendo a médicos dentistas do sector privado com acordo com o SNS (10).

Após sucessivos alargamentos, atualmente o PNPSO proporciona acesso aos cuidados de saúde oral aos seguintes grupos populacionais (26):

- Crianças e jovens que frequentam escolas públicas e instituições privadas de solidariedade social;
- Mulheres grávidas acompanhadas no SNS;
- Idosos carenciados beneficiários do complemento solidário;
- Doentes com a infeção VIH/sida;
- Jovens de 18 anos que tenham sido beneficiários do PNPSO e concluído o plano de tratamentos aos 16 anos;
- Utentes infetados com VIH/sida que já tenham sido abrangidos pelo PNPSO e que não fazem tratamento há mais de 24 meses;
- Crianças e jovens de 7, 10 e 13 anos com necessidades especiais de saúde, nomeadamente portadores de doença mental, paralisia cerebral, trissomia 21, entre outras, que não tenham ainda sido abrangidos pelo PNPSO.
- Intervenção Precoce no Cancro Oral (27).

As grávidas seguidas no SNS, os beneficiários do complemento solidário para idosos utentes do SNS, os doentes infetados com o VIH/sida, e os utentes com lesão suspeita de cancro oral (27) são referenciados pelo médico de família sendo a triagem das crianças e jovens realizada nas escolas pelo higienista oral (26).

A utilização do cheque-dentista permite a liberdade de escolha do prestador pelos utentes e prevê para cada grupo de beneficiários um conjunto de atos específicos no âmbito dos tratamentos (26).

A validação, processamento e pagamento dos cheques dentista utilizados é da responsabilidade da Administração Regional de Saúde (ARS) que paga aos prestadores aderentes (10).

O programa está baseado na atividade desenvolvida ao nível da rede de cuidados de saúde primários e tem, assim, uma estratégia global de promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças orais ao longo do ciclo de vida.

No âmbito do PNPSO, entre 1 de janeiro de 2010 e 31 de dezembro de 2016 foram emitidos 3 846 402 cheques-dentista, conforme tabela 1.

**Tabela 1** - Número total de cheques emitidos no âmbito do PNPSO

Cheques Emitidos por Grupo-Alvo	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var. 2016/2015
Grávidas	82.917	81.722	85.327	83.131	89.889	98.982	93.892	-5,0%
Idosos	10.940	9.377	9.103	9.288	8.745	8.986	9.347	4,0%
Saúde Infantil <=6 anos	19.033	21.155	24.127	20.021	28.667	28.590	28.615	0,1%
Crianças e Jovens	463.273	427.807	315.425	510.776	403.914	376.092	375.440	-0,2%
Crianças e Jovens 16 anos				3.087	5.318	15.925	21.300	34,0%
Crianças e Jovens 18 anos							1.676	
Crianças e Jovens Idades Intermédias	3.308	4.445	6.437	7.000	11.303	12.775	7.688	-40,0%
Portadores VIH/SIDA	51	637	582	1.122	1.088	1.017	1.668	64,0%
Intervenção Precoce no Cancro Oral					2.729	4.542	5.001	10,0%
Saúde Oral nos Cuidados de Saúde Primários							3.122	
<b>Total</b>	<b>579.522</b>	<b>545.143</b>	<b>441.001</b>	<b>634.425</b>	<b>551.653</b>	<b>546.909</b>	<b>547.749</b>	<b>0,2%</b>

Fonte:Portugal. Ministério da Saúde, 2017(28).

Destes foram efetivamente utilizados 74% em 2016 conforme tabela 2 apresentada.

**Tabela 2** - Taxa de utilização de cheques no âmbito do PNSO

Taxa de Utilização dos Cheques	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Var. 2016/2015
Grávidas	0,85%	0,85%	0,84%	0,83%	0,83%	0,81%	0,75%	-7,0%
Idosos	0,87%	0,89%	0,89%	0,87%	0,88%	0,88%	0,86%	-2,0%
Saúde Infantil <=6 anos	0,56%	0,62%	0,61%	0,58%	0,5%	0,63%	0,57%	-6,0%
Crianças e Jovens	0,66%	0,74%	1%	0,61%	0,75%	0,77%	0,76%	-1,0%
Crianças e Jovens 16 anos				0,69%	0,78%	0,62%	0,65%	2,0%
Crianças e Jovens 18 anos							0,72%	72,0%
Crianças e Jovens Idades Intermédias	0,52%	0,67%	0,76%	0,75%	0,59%	0,79%	0,8%	2,0%
Portadores VIH/SIDA	0,39%	0,89%	0,86%	0,86%	0,88%	0,89%	0,83%	-6,0%
Intervenção Precoce no Cancro Oral					0,35%	0,46%	0,47%	1,0%
Saúde Oral nos Cuidados de Saúde Primários							0,14%	14,0%
<b>Total</b>	<b>0,69%</b>	<b>0,76%</b>	<b>0,94%</b>	<b>0,65%</b>	<b>0,74</b>	<b>0,76</b>	<b>0,74%</b>	<b>-2,0%</b>

Fonte:Portugal. Ministério da Saúde, 2017 (28).

Em 2016, as taxas de utilização de cheques-dentista mais elevadas foram observadas nos grupos beneficiários dos idosos, portadores de VIH/sida e Crianças e Jovens Idades Intermédias.

No entanto,o PNPSO levanta algumas questões em termos de iniquidades. Tendo sido inicialmente criado com uma orientação para os grupos de crianças e jovens, o programa foi posteriormente alargado a outros grupos beneficiários cuja inclusão se justificava pela sua vulnerabilidade em termos de saúde oral. Contudo, a universalidade e equidade do acesso são questionáveis, já que as crianças e jovens que frequentam escolas privadas não são abrangidas pelo programa, assim como os idosos não beneficiários do complemento solidário e as grávidas não acompanhadas no SNS. Por outro lado, a discriminação positiva imputada aos idosos do complemento solidário não apresenta o mesmo critério relativamente às crianças e jovens das escolas públicas ou às grávidas vigiadas no SNS, uma vez que estes não necessitam de demonstrar a sua condição económica para aceder aos cheques-dentista.

De referir ainda que, as fronteiras da sua abrangência são balizadas por um número limitado de cheques a conceder a cada grupo beneficiário e por um conjunto determinado de tratamentos a prestar (29).

Porém, apesar de algumas limitações, como a não universalidade, o PNPSO tem contribuído para uma maior cobertura dos cuidados de saúde públicos, alargando a sua abrangência ao longo dos anos e beneficiando as populações mais vulneráveis (29). Têm igualmente contribuído para uma evolução favorável do estado de saúde oral das crianças e adolescentes abrangidos pelo programa, resultando em menores necessidades de tratamento (30).

## **2.8. Impacto Económico da Saúde Oral**

As doenças orais apresentam uma elevada prevalência representando um grave problema de saúde pública que tem como consequências custos muito elevados.

Diversos estudos têm demonstrado que a boca é a parte mais cara do corpo a tratar. Os custos do seu tratamento podem exceder os de outras doenças como o cancro, doenças cardiovasculares ou a demência (7).

Em termos globais, as estratégias adotadas para a saúde oral têm sido baseadas em cuidados curativos em detrimento de cuidados preventivos e promoção da saúde. Estas estratégias apresentam encargos demasiado elevados em termos de recursos humanos e financeiros cada vez mais difíceis de sustentar face à crescente procura(2).

Nos países pertencentes à OCDE, os custos com a saúde oral atingiram em 2009 um valor médio de 5% das despesas totais em saúde e 16% da despesa privada em saúde.

Em 2012 a despesa total de prestação de cuidados de saúde oral nos países da União Europeia (27 Estados-membros), esteve próxima dos 79 mil milhões de euros e, de acordo com a tendência observada, em 2020 este valor poderá atingir os 93 mil milhões de euros(7).

Relativamente aos pagamentos diretos, a despesa com a saúde oral varia com a estrutura do sistema de saúde oral de cada país. Em Espanha, os cuidados de saúde oral são maioritariamente fornecidos por prestadores privados e os doentes pagam a totalidade dos custos, o que resulta na existência de uma barreira no acesso aos grupos de menores rendimentos. Por outro lado, na Dinamarca, os cuidados de saúde oral são totalmente gratuitos para crianças e jovens com menos de 18 anos, e os adultos acedem a estes cuidados pagando a prestadores privados através de um



sistema de subsídios do Estado. Em países como a França ou a Dinamarca, a prevenção e tratamentos estão cobertos por um seguro de saúde público para cuidados básicos, mas uma parte do custo é suportado pelos utentes (7).

Em Portugal a despesa total em saúde tem vindo a aumentar ao longo dos anos.

Segundo dados da Pordata, a despesa total em saúde em percentagem do PIB era de 8,4 % em 2000 e 9,0 % em 2017(31), correspondendo a despesa das famílias a 2 687 849 € e 4 724 648 € respetivamente (32).

No caso da saúde oral, a despesa total nacional (publica e privada) evoluiu de 720 para 750 milhões de euros entre 2010e 2012, respetivamente, prevendo-seque atinja o valor de 880 milhões de euros em 2020 (7).

O PNPSO, em 2012, representou cerca de 2 % do total da despesa em saúde oral (29).

Apesar de tudo, a maioria das doenças orais pode ser prevenida através de simples medidas que envolvem a redução aos fatores de risco e a promoção de comportamentos saudáveis. A prevenção e a promoção da saúde oral são estratégias muito custo-efetivas que visam diminuir a carga da doença(33).

Nos Estados Unidos estima-se que cada dólar gasto na prevenção dos cuidados orais, pode poupar entre 8 a 50 dólares em tratamentos de restauração e emergência, reforçando desta forma a importância da prevenção(33).Na Califórnia, o custo médio de uma consulta de rotina é de 41 dólares, enquanto o custo médio de um tratamento de emergência com internamento pode chegar a mais de 5000 dólares(2).

Assim, para assegurar a sustentabilidade da disponibilização dos cuidados de saúde oral é essencial desenvolver modelos baseados na evidência científica e aumentar a literacia do público. Deve ser fomentada a integração da saúde oral na saúde em geral através de uma melhor compreensão de todos os seus determinantes por forma a desenvolver estratégias de prevenção da doença a montante e não no seu tratamento a jusante (2).

## **2.9. Cuidados de saúde oral nos cuidados de saúde primários**

Os objetivos do Programa Global de Saúde Oral da Organização Mundial de Saúde (OMS) estão orientados de acordo com uma estratégia de prevenção da doença e

promoção da saúde, fomentando uma integração ,a nível local e nacional, dos programas de saúde oral com os outros programas de saúde prioritários(34).

O Programa de Saúde Oral da OMS define linhas de orientação ao longo do curso de vida desde a infância até aos mais velhos, promovendo a prevenção e a promoção da saúde visando a criação de sistemas de saúde oral de qualidade e utilizando estratégias baseadas na evidência(34).

Em Portugal, a integração dos cuidados de saúde oral nos cuidados de saúde primários, tinha já sido referida como fundamental pelo Plano Nacional de Saúde 2011-2016 devendo apostar-se numa prevenção primária e promoção da saúde ao longo de todo o ciclo de vida, como forma de garantir a sustentabilidade do sistema(1).

Num sistema de saúde assente nos cuidados de saúde primários o Estado tem a responsabilidade de promover e garantir o acesso a todos os cidadão (17).

No entanto, a possibilidade de um acesso universal aos cuidados de saúde oral levanta várias questões como a definição dos utentes abrangidos, os serviços cobertos e a partilha de custos (3). Levanta, igualmente, questões relativas à sustentabilidade do sistema de saúde, que deve ser pensada numa perspetiva de longo prazo, e que só será uma verdadeira sustentabilidade se forem conjugados 3 pilares: a sustentabilidade social, a sustentabilidade ambiental e a sustentabilidade económica (5).

Um estudo independente da Nova School of Business and Economics da Universidade Nova de Lisboa publicado em 2016, apresenta vários cenários para aumentar o acesso dos portugueses aos cuidados de saúde oral efetuando uma abordagem progressiva a uma cobertura universal dos cuidados dentários (3).

Um dos cenários propostos consiste no aumento da cobertura pública através da prestação privada. O SNS assegura a responsabilidade financeira e recorre a parceiros privados através de contratos adequados como são os casos dos modelos do cheque-dentista, do sector convencionado ou o modelo do reembolso.

Noutra perspetiva, surge o cenário de aumento da cobertura pública através de prestação pública onde se considera o desenvolvimento de uma rede de prestação direta de cuidados de saúde oral no SNS. Neste caso, esta rede garante o acesso universal à generalidade dos cuidados de saúde oral, aplicando o regime atual de taxas moderadoras(3).

A rede é apresentada com 2 níveis de desenvolvimento. O 1º nível operando ao nível dos cuidados de saúde primários e garantindo os cuidados de saúde oral de proximidade. O 2º nível, a funcionar ao nível da rede hospitalar para cuidados diferenciados de saúde oral(3).

Segundo os autores, o desenvolvimento do primeiro nível de cuidados implica, por um lado, um investimento direto por parte do SNS em instalações e recrutamento de médicos dentistas, e por outro a definição de grupos de população prioritários a abranger de acordo com as necessidades em saúde.

O SNS deve contratar profissionais para cobrir gradualmente toda a população, o que levanta várias questões nomeadamente ao nível do regime remuneratório e de carreiras, atratividade do emprego público, processo de desburocratização de contratação, adequada distribuição dos profissionais e garantia de cobertura de todo o território nacional (3).

Os autores desenvolvem um cálculo tentando avaliar o impacto financeiro imediato e futuro da cobertura integral de todo o território nacional tomando como meta a existência de 1 médico dentista por 1500 habitantes assumindo, desta forma um acesso universal e equitativo aos cuidados de saúde oral. Considerando como necessário a contratação de 6.500 profissionais e um encargo anual de 28.000 € por médico dentista, o impacto financeiro estimado para a cobertura total da população é de 182 000 000,00 €.

Para além dos custos com o pessoal, os autores destacam ainda a importância de uma rede logística de manutenção de equipamentos e os encargos com os consumíveis.

Para estes autores este cenário deve ser iniciado pelo 1º nível de cuidados e o seu alargamento tem de ser estudado de acordo com as limitações financeiras do SNS e a definição de prioridades.

Este estudo apresenta como proposta a criação de uma Rede Nacional de Cuidados de Saúde Oral (RNC SO) a ser desenvolvida ao nível dos cuidados de saúde primários e constituída por Unidades de Saúde Oral (USO) onde trabalham os médicos dentistas (que são os coordenadores das unidades), higienistas orais e assistentes dentários (3).

Para estes autores, a implementação desta proposta deve passar pela realização de um projeto-piloto com a criação das USO cujo objetivo geral será aumentar o acesso da população a cuidados de saúde oral(3).

Na linha do último cenário referido, foi publicado em 2016 o Despacho nº 8591-B/2016 do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, que determinou a implementação de consultas de saúde oral nos cuidados de saúde primários, de forma faseada, através de experiências piloto. Numa primeira fase definiu-se o acesso aos utentes portadores de diabetes, neoplasias, patologia cardíaca ou respiratória crónica, insuficiência renal em hemodiálise ou diálise peritoneal e os transplantados, inscritos nos Agrupamentos de Centros de Saúde onde decorressem as experiências piloto, privilegiando-se os utentes mais vulneráveis do ponto de vista económico. Numa segunda fase, em função da avaliação das necessidades não satisfeitas e dos tempos de espera, foi definido que o projeto poderia ser alargado a todos os utentes inscritos nos ACES (11).

Os utentes são referenciados para consulta de saúde oral pelo médico de família e pagam a taxa moderadora de uma consulta da especialidade.

As experiências piloto foram definidas em unidades selecionadas, aproveitando os recursos físicos existentes no SNS, nomeadamente instalações e equipamentos, e recrutando os profissionais necessários para o projeto (11).

Os médicos dentistas contratados integraram a Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) dos ACES.

A carteira de serviços de saúde oral incluída nas experiências piloto foi definida como incluindo os tratamentos considerados necessários em termos clínicos, excluindo as intervenções de natureza estritamente estética (11).

Na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo as experiências piloto decorreram nos seguintes locais: ACES Almada-Seixal, ACES Arco Ribeirinho, ACES Médio Tejo, ACES Lezíria, ACES Estuário do Tejo e ACES Oeste Sul (11).

### **3. Objetivos do Estudo**

#### **3.1. Objetivo Geral**

O presente estudo teve como objetivo geral descrever e caracterizar as mudanças ocorridas na prestação de cuidados de saúde oral após a introdução dos dentistas nos cuidados de saúde primários analisando os ACES da ARSLVT que integraram o projeto-piloto.

Para o efeito, procurou-se analisar várias dimensões através das perceções de diferentes profissionais envolvidos:

- A nível operacional da medicina dentária: Médicos dentistas (MD);
- A nível organizacional e de direção dos ACES: Presidentes dos Conselhos Clínicos e de Saúde (PCCS).

#### **3.2. Objetivos específicos**

1. Caracterizar os utentes que recorrem às consultas de saúde oral (através das perceções dos MD);
2. Analisar a adequação do projeto às necessidades dos utentes (através das perceções dos MD);
3. Conhecer a motivação/satisfação/envolvimento dos médicos dentistas (através das perceções dos MD);
4. Identificar obstáculos verificados (através das perceções dos MD e PCCS);
5. Identificar fatores favoráveis verificados (através das perceções dos MD e PCCS);
6. Identificar benefícios decorrentes do projeto (através das perceções dos MD e PCCS);
7. Identificar acréscimos de valor em saúde pública (através das perceções dos PCCS);
8. Identificar riscos futuros (através das perceções dos MD e PCCS);
9. Identificar caminhos e propostas de melhorias futuras se estas dependessem da decisão dos participantes no estudo (através das perceções dos MD e PCCS);

#### 10. Identificar eventuais diferenças entre percepções dos MD e PCCS

Os objetivos foram definidos numa perspetiva exploratória no sentido de identificar pistas para aquisição de novos conhecimentos.

## **4. Métodos**

### **4.1 Tipo de estudo**

Para atingir os objetivos referidos foi efetuado um estudo descritivo qualitativo sendo a recolha de dados efetuada com recurso à realização de questionários maioritariamente com perguntas abertas.

Pretendeu-se com este tipo de estudo captar as perceções das experiências do dia-a-dia dos participantes através de perguntas abertas exploratórias que permitem maior liberdade de respostas possibilitando ao investigador maior riqueza de informação e descoberta de novos conteúdos. Este tipo de perguntas são especialmente úteis em fases iniciais de pesquisa (35).

### **4.2 Universo e amostra**

A escolha dos participantes foi feita de modo intencional envolvendo todo o universo dos Médicos dentistas (MD) e Presidentes dos Conselhos Clínicos e de Saúde (PCCS) (abordagem de Censos) pertencentes aos ACES dos projetos piloto:

- ACES Almada Seixal
- ACES Arco Ribeirinho
- ACES Estuário do Tejo
- ACES Lezíria
- ACES Médio Tejo
- ACES Oeste Sul

### **4.3 Instrumentos de recolha de dados**

A técnica de recolha de dados utilizada foi a realização de questionários individuais para autopreenchimento.

Foram desenvolvidos 2 questionários diferentes, para cada um dos grupos profissionais, constituídos por uma estrutura em formato aberto.

O guião para a construção do questionário aos MD pretendeu dar resposta aos objetivos definidos inicialmente numa perspetiva mais operacional de contato direto dos profissionais de saúde oral com os utentes aderentes ao projeto.

Para tal, foi construído um questionário com 12 perguntas, sendo 11 questões abertas e uma tabela de classificação. Inicialmente, um primeiro bloco pretendeu recolher informação para caracterizar os utentes que recorrem às consultas de saúde oral nos centros de saúde (CS). Foram elaboradas perguntas abertas para qualificação dos utentes em diversas dimensões, a caracterização das necessidades de saúde oral e a adequação do projeto a essas mesmas necessidades. Neste bloco de perguntas foi também colocada uma tabela com uma escala de Likert para avaliação de 4 prioridades de motivação dos utentes por esta opção de cuidados. Num segundo bloco foi construído um conjunto de questões para recolher informação sobre a motivação dos MD para integração no projeto, a sua satisfação e envolvimento a vários níveis. Seguidamente, pretendeu-se identificar fatores que influenciaram positivamente ou negativamente a implementação do projeto sendo construídas questões para determinar pontos fracos e fortes. Para tal, foi feita uma pergunta sobre os obstáculos percecionados, e diversas perguntas sobre os fatores que favoreceram a implementação do projeto. O último bloco de perguntas pretendeu identificar os riscos e sugestões/propostas para o futuro do projeto na perceção dos participantes.

No caso dos PCCS, o guião para a construção do questionário pretendeu, igualmente, responder aos objetivos definidos anteriormente, mas numa visão de nível organizacional e de direção.

Foram construídas 6 perguntas abertas pretendendo recolher dados percecionados sobre os fatores favoráveis e obstáculos verificados na implementação do projeto, os ganhos esperados em termos de saúde pública, e solicitar opiniões sobre riscos e propostas/sugestões para o futuro de projeto.

Previamente foi efetuado, a dois MD, um pré-teste do conjunto de questões a colocar, com o objetivo de identificar e eliminar possíveis problemas na elaboração dos questionários, sendo posteriormente feitos alguns ajustes nas perguntas a realizar.

Os questionários encontram-se nos anexos deste estudo.



#### **4.4. Processo de recolha de dados**

Nos meses de fevereiro e março de 2018 foram enviados por mail 13 questionários aos MD e 6 questionários aos PCCS envolvendo todo o universo em estudo. Os questionários foram enviados 2, 3 ou 4 vezes por mail por forma a ter o maior número de respostas possível.

No caso dos MD, foram ainda contactados por telefone por forma a sensibilizá-los da importância da sua participação no estudo.

#### **4.5 Análise temática dos dados**

As perguntas dos questionários foram utilizadas como tópicos para definição das categorias temáticas iniciais. Seguidamente, e utilizando um método de comparação constante de ideias, todas as respostas foram agrupadas por categorias mantendo uma unidade de significado pergunta-resposta. Os conceitos e ideias emergentes determinaram, a criação de novas categorias ou subcategorias. Os conteúdos das respostas analisados que não correspondiam à categoria temática da respetiva pergunta, foram agrupados noutras categorias existentes ou em categorias novas criadas. Assim, houve perguntas cuja respostas foram agrupadas em categorias temáticas diferentes da pergunta original.

#### **4.6 Aspetos éticos**

Os participantes foram informados que os objetivos dos questionários e análise dos dados seriam unicamente para investigação científica, bem como a garantia da confidencialidade dos dados.

O estudo foi realizado mediante autorização prévia da comissão de Ética da ARSLVT.



## 5. Resultados

Este projeto teve início no final de 2016 pelo que a observação efetuada se refere a uma experiência com pouco mais de um ano. Neste período foram realizados cuidados de saúde oral nos centros de saúde conforme distribuição por ACES apresentada na tabela seguinte.

**Tabela 3-** Utentes Atendidos nos CS no ano de 2017 no âmbito da Saúde Oral nos Cuidados de Saúde Primários

<b>ACES</b>	<b>Total de utentes 2017</b>
Almada-Seixal	4 914
Arco Ribeirinho	6 551
Estuário do Tejo	14 874
Lezíria	17 677
Médio Tejo	4 252
Oeste Sul	6 592
<b>Total Geral</b>	<b>54 860</b>

Fonte: Elaboração própria baseada em dados disponíveis no Portal do SNS-Área da Transparência(36).

A 31 de dezembro de 2017 estavam inscritos nos ACES referidos 1 381 249 utentes(37), o que significa que neste limitado período de tempo o projeto permitiu abranger 4 % da população.

De acordo com os dados do Portal do SNS – Área da Transparência, recentemente divulgados, as distribuições dos utentes atendidos por faixa etária e género são as exibidas nas tabelas 4 e 5.

**Tabela 4-** Distribuição por faixa etária dos utentes atendidos nos cuidados saúde oral

<b>Faixa etária</b>	<b>Total de utentes 2017</b>	<b>%</b>
<20	3 114	5,68%
20-34	3 403	6,20%
35-49	8 577	15,63%
50-64	17 739	32,34%
65 e +	22 027	40,15%
<b>Total Geral</b>	<b>54 860</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaboração própria baseada em dados disponíveis no Portal do SNS-Área da Transparência(36).

**Tabela 5-** Distribuição por género dos utentes atendidos nos cuidados saúde oral

<b>Faixa etária</b>	<b>Total de utentes 2017</b>	<b>%</b>
Feminino	29 812	54,34%
Masculino	25 048	45,66%
<b>Total Geral</b>	<b>54 860</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaboração própria baseada em dados disponíveis no Portal do SNS-Área da Transparência(36).

Os resultados apresentados foram recolhidos nos questionários realizados aos 13 médicos dentistas e aos 6 PCCS dos 6 ACES pertencentes ao projeto-piloto.

Do total de questionários enviados aos MD e PCCS, foram obtidas todas as respostas apresentando a seguinte distribuição:

**Tabela 6 –** Distribuição de MD e PCCS por ACES

<b>ACES</b>	<b>PCCS</b>	<b>MD</b>
ACES Almada Seixal	1	1
ACES Arco ribeirinho	1	1
ACES Estuário do Tejo	1	4
ACES Lezíria	1	4
ACES Oeste Sul	1	2
ACES Médio Tejo	1	1
<b>Total PCCS e MD</b>	<b>6</b>	<b>13</b>

Todas as respostas foram obtidas por via eletrónica.

As respostas aos questionários, foram agrupadas de acordo com as seguintes nove categorias temáticas:

- Uteses que recorrem às consultas de saúde oral
- Adequação do projeto às necessidades dos utentes
- Motivação/satisfação/envolvimento dos médicos dentistas
- Obstáculos à implementação do projeto
- Fatores favoráveis à implementação do projeto
- Benefícios decorrentes do projeto
- Acréscimos de valor em saúde pública

- Riscos futuros
- Caminhos e propostas de melhorias futuras se estas dependessem da decisão dos participantes no estudo

Cada uma das categorias foi posteriormente dividida em várias subcategorias por forma a agrupar e detalhar os conteúdos recolhidos.

Os resultados foram apresentados em duas partes correspondendo cada uma delas a um ponto de vista profissional diferente sobre os cuidados de saúde oral em Portugal:

1. Médicos dentistas: perceções sobre os cuidados de saúde oral nos centros de saúde
2. Presidentes do Conselhos Clínicos e de Saúde: perceções sobre os cuidados de saúde oral nos centros de saúde

As páginas seguintes resumem a análise dos conteúdos recolhidos aos participantes no estudo.

O texto foi organizado de forma a salientar exemplos de respostas (*verbatim*) dos respondentes.

## **5.1 Médicos dentistas: perceções sobre os cuidados de saúde oral nos centros de saúde**

### **5.1.1. Utentes que recorrem às consultas de saúde oral**

A resposta dos participantes foi classificada de acordo com as seguintes subcategorias:

- Caracterização sociodemográfica
- Caracterização socioeconómica
- Caracterização do estado/condições de saúde
- Caracterização do estado/condições de saúde oral
- Caracterização da literacia em saúde
- Caracterização da motivação dos utentes para a opção pelos cuidados de saúde oral nos centros de saúde.

### **Caracterização sociodemográfica**

De um modo geral os participantes referiram atender doentes de todas as idades, mas com destaque para os mais idosos:

*“mais idosos, mas em geral todas as idades”*

Uma das participantes indicou:

*“Tenho ideia que atendo mais mulheres do que homens e na sua grande maioria  $\geq 50$ ”.*

### **Caracterização socioeconómica**

A vulnerabilidade económica foi considerada por todos os participantes como uma característica comum a grande parte dos utentes.

*“grande maioria com dificuldades económicas (reformados com pensão de sobrevivência)”.*

*“pacientes com baixo poder económico, muitos em situações de desemprego”.*

No entanto, foi também referido por 4 participantes a adesão às consultas por parte de outras classes socioeconómicas.

*“Em maior número, recorrem utentes com carências económicas. Porém, atendo pessoas de todos os estratos sociais.”:*

### **Caracterização do estado/condições de saúde**

Maioritariamente os participantes referiram a predominância de doentes crónicos.

*“Pacientes com vários problemas de saúde graves (cardíacos, diabéticos e doentes depressivos são a maior percentagem).”*

No entanto, cada vez surgem mais doentes sem problemas sistémicos, mas com necessidades de cuidados orais.

*“polimedicados, doentes crónicos, apesar de cada vez mais recorrerem pessoas sem problemas de saúde sistémicos”.*

### **Caracterização do estado/condições de saúde oral**

A saúde oral dos pacientes foi classificada de diversas formas. Maioritariamente foi mencionada como “*péssima*”, “*má*”, “*precária*” e identificados problemas a vários níveis.

*“...crianças com os dentes quase todos cariados (dentição decídua e definitiva) e os adultos também com a maioria dos dentes cariados, com raízes e más condições de ATM devido a ausência dentária”.*

*“Cavidade oral bastante degradada, com inúmeros dentes ausentes ou extensamente destruídos. Inflamação gengival, tártaro, falta de higiene ....”*

No entanto, um dos participantes referiu ter pacientes com outras classificações de saúde oral.

*“Alguns com uma saúde oral boa/média e outros com uma saúde oral péssima”*

### **Caracterização da literacia em saúde**

A maioria dos participantes referem a falta de conhecimentos em saúde oral dos seus utentes.

*“A maior parte dos utentes não tem educação para a saúde oral e não tem conhecimento da correlação das doenças orais com as patologias sistémicas.”*

Referem também a ausência de hábitos de higiene oral básicos.

*“normalmente não sabem ou não escovam os dentes, e nunca foram informados de como o fazer...”.*

### **Caraterização da motivação dos utentes para a opção pelos cuidados de saúde oral nos centros de saúde**

Foram destacados e classificados de 0 a 5 valores, diversos fatores relativos à motivação dos utentes para a adesão ao projeto:

- O fator “Mais económico” foi considerado por unanimidade com classificação 5;
- O fator “Confiança no profissional” foi também classificado, por mais de 50% dos participantes, com uma pontuação entre 4 e 5 valores;
- Os fatores “Proximidade” e “Qualidade”, tiveram classificações inferiores e semelhantes entre si.

### 5.1.2. Adequação do projeto às necessidades dos utentes

A resposta dos participantes foi classificada de acordo com as seguintes subcategorias:

- Caracterização das necessidades de saúde oral dos utentes
- Adequação do tipo de tratamentos
- Adequação do tempo de consulta
- Adequação do episódio de cuidados associado à referência
- Adequação procura-oferta

#### Caracterização das necessidades de saúde oral dos utentes

A maioria dos participantes referiu utentes com múltiplas necessidades em cuidados de saúde oral desde destarizações, extrações dentárias, restaurações, endodontias e próteses dentárias.

*“...desdentados parciais. Cáries extensas, problemas periodontais. Necessidade frequente de destarizações, restaurações e exodontias.”*

Vários participantes referiram a situação dos doentes que recorrem ao médico dentista em situações de episódios de urgência:

*“...Muitas vezes os pacientes apenas recorrem a nós em casos de dor, não tendo por hábito fazer a avaliação regular da cavidade oral.”*

A maioria dos participantes referiu as deficiências de educação para a saúde oral por parte da população utente.

*“Necessitam de educação para a saúde oral, ter maior informação ao nível da prevenção das doenças orais...”*



*“muitos deles sem visita ao médico dentista a mais de 10 anos, outros sem cuidados de saúde oral propriamente ditos e ainda aqueles que mesmo tendo acesso ao serviço desvalorizam o mesmo, por acharem pouco relevante este ramo de saúde”.*

Uma preocupação revelada pela maioria dos participantes diz respeito à necessidade de próteses dentárias e a falta de resposta do setor público.

*“A maior parte dos pacientes necessita de colocar próteses dentárias. Considero ser essa a maior necessidade dos pacientes que frequentam este Centro de Saúde.”*

### **Adequação do tipo de tratamentos**

As opiniões dos participantes dividiram-se referindo-se ao tipo de tratamentos como adequados ou adequados, mas insuficientes/limitados.

*“Apesar de adequados, não são suficientes”*

Foi também referida a falta de material para tratamentos que deveriam ser realizados ao nível de “cirurgia”, “dentisteria”, “endodontia”, “prótese dentária” e “periodontia”.

A necessidade de inclusão de tratamentos não previstos designadamente próteses foi diversas vezes referida.

*“seria benéfico a inclusão de trabalhos de reabilitação da função mastigatória de pacientes maioritariamente desdentados. Nomeadamente através da confeção de próteses dentárias...com o objetivo dos pacientes tratados em termos de saúde oral nos centros da saúde, possam obter maior qualidade de vida com o uso da prótese no seu dia-a-dia ao restabelecer a função mastigatória, fonética e estética.”*

### **Adequação do tempo de consulta**

O tempo previsto de consulta foi referido como sendo uma limitação por ser muito curto dificultando, desta forma, a correta intervenção do profissional.

*“...o problema é o tempo de consulta (30min é muito pouco tempo) ...”*

*“neste tipo de prestação de serviços de saúde há uma necessidade do profissional intervir com protocolos, alguns dos quais morosos devido a sua complexidade.”*

### **Adequação do episódio de cuidados associado à referenciação**

O projeto tem definido uma validade para o episódio de cuidados associado à referenciação para as consultas de saúde oral. O facto de a maioria dos pacientes necessitar de muitos tratamentos resulta num elevado número de consultas agendadas, o que conjugado com a quantidade de utentes faz com que *“a lista de espera aumente drasticamente”*, dificultando bastante a conclusão dos planos de tratamentos no período definido.

*“Um outro aspeto negativo, face a estes, é a validade da referenciação. Dado que só está válido por 1ano, os pacientes têm de pedir várias vezes a referenciação para que se possa terminar os tratamentos previstos.”*

### **Adequação procura-oferta**

A elevada procura de cuidados, foi mencionada por todos os participantes bem como a escassa oferta para responder à excessiva procura por parte dos utentes.

*“há muitos pacientes para as vagas que existem.”*

*“Os nossos utentes têm planos de tratamento muito extensos e por isso, um único dentista é insuficiente para o número excessivo de utentes vs plano de tratamento.”*

### **5.1.3. Motivação e satisfação dos médicos dentistas**

A resposta dos participantes foi classificada de acordo com as seguintes subcategorias:

- Determinantes na opção de escolha para integração no projeto de saúde oral
- Satisfação ao nível das condições técnicas
- Satisfação ao nível dos aspetos retributivos e carreira profissional
- Satisfação ao nível da integração profissional na organização

## **Determinantes na opção de escolha para integração no projeto de saúde oral**

Os fatores motivadores foram essencialmente de duas ordens: fatores relativos à natureza/missão da atividade e fatores ocupacionais e de carreira.

*“Por ser um projeto bastante inovador, que permitiria interagir com pacientes de diferentes patologias, mas principalmente por promover os cuidados de saúde oral a pacientes que por razões económicas ou sociais não tem oportunidade de cuidar da sua boca.”*

*“Falta de empregabilidade da profissão e idealmente fazer parte do quadro.”*

*“...para adquirir mais experiência na área e com a expectativa de construir uma carreira no SNS.”*

*“...” interesse em colaborar com o SNS, por adquirir experiência num contexto diferente do consultório privado e por ser possível ter um rendimento mensal previsível.”*

Foi também referido por três respondentes um fator de natureza pessoal, em particular a questão geográfica.

*“A localização geográfica, perto da minha área de residência”*

## **Satisfação ao nível das condições técnicas**

As opiniões dividiram-se. Cinco MD consideraram as condições adequadas. Os restantes revelaram limitações nomeadamente ao nível de material instrumental e consumíveis.

*“...grande constrangimento ao nível do material instrumental e material cortante (brocas), que se vai desgastando e danificando e não tem vindo a ser repostos.”*

*“Falta de alguns materiais e instrumentos básicos para dentisteria, endodontia e cirurgia.”*

Em alguns consultórios onde o equipamento é mais antigo houve críticas por parte dos participantes.

*“Apesar do gabinete dentário ter boas condições, o equipamento já é antigo, nomeadamente acadeira”.*

A qualidade do sistema informático foi identificada por dois participantes.

*“O programa SISO apresenta inúmeras limitações e erros, que dificultam o registo fiel dos tratamentos dentários efetuados pelo profissional.”*

### **Satisfação ao nível dos aspetos retributivos e carreira profissional**

Todos os participantes, contratados através de empresa fornecedora de serviços para o projeto de saúde oral nos centros de saúde manifestaram, em diferentes momentos e de diversas formas, insatisfação quanto ao vínculo profissional e carreira profissional.

*“Até ao momento, ainda não houve a criação de carreira de Médico Dentista no SNS.”*

*“a contratação estabelecida com as equipas que prestam os cuidados de medicina dentária é insatisfatória. A prestação de serviços ao SNS, sem qualquer vínculo contratual e a renovação anual causa instabilidade aos profissionais. Para além disso, o preço pago por equipa no meu entender fica aquém para a exigência do trabalho desempenhado,”*

### **Satisfação ao nível da integração profissional na organização**

A maioria dos participantes classificou a integração na organização como “boa integração” ou “dentro dos parâmetros normais”.

Embora tenham existido duas situações menos positivas.

*“Parece-me que de uma forma geral não está sendo acolhida da forma que esperava. Ainda existe uma forte resistência no centro de saúde por parte de todos os intervenientes para aceitarem respeitosamente os serviços prestados.”*

*“Quando cheguei cá fui completamente separada por não fazer parte do UCSP (e sim da URAP); não fui bem-recebida...acho que os outros profissionais ficam confusos em relação ao pertencermos ou não ao UCSP.”*

#### **5.1.4. Obstáculos à implementação do projeto**

A resposta dos participantes foi classificada de acordo com as seguintes subcategorias:

- Condições materiais/técnicas do projeto
- Condições organizacionais

##### **Condições materiais/técnicas do projeto**

Vários participantes referiram a questão do material instrumental e consumível em falta assim como problemas logísticos.

*“Falta de material e pouco tempo para organização de material...”*

*“...quando por algum motivo existe uma rutura do stock de material é bastante demorada a reposição do mesmo.”*

Foi identificado por dois participantes um procedimento específico com alguns constrangimentos.

*“O processo de esterilização foi o que apresentou maior problema.”*

##### **Condições organizacionais**

A falta de apoio administrativo” para marcação, remarcação e confirmação dos utentes.”foi um obstáculo abordado por quatro respondentes.

Dois participantes mencionaram *“A resistência para aceitarem a integração da medicina dentária...”* nos centros de saúde onde trabalham.

Foram também mencionadas por alguns MD as prioridades dos doentes e as referenciações para consultas como questões de resolução urgente face à enorme procura e uma oferta que não consegue dar a resposta pretendida às elevadas necessidades em tempo útil.

*“continuamos a receber pacientes que supostamente têm outros direitos/ajudas para a área de saúde oral, como por exemplo, crianças, idosos com mais de 65 anos, grávidas, HIV...”*

### **5.1.5. Fatores favoráveis à implementação do projeto**

As respostas dos participantes foram subdivididas de acordo com as seguintes subcategorias:

- Necessidade sentidas
- Comunicação entre utentes
- Condições técnicas disponibilizadas
- Envolvimento dos profissionais
- Inter-relação e comunicação entre profissionais de saúde
- Oferta de profissionais MD disponíveis no mercado

#### **Necessidades sentidas**

Foi em geral manifestado que, o fator impulsionador da adesão e reconhecimento do projeto foi a existência de necessidades sentidas, por parte dos utentes, deste tipo de cuidados.

*“Necessidade evidente de cuidados de saúde oral da população em geral.”*

#### **Comunicação entre utentes**

A comunicação realizada entre os utentes foi também um fator favorável ao sucesso do projeto referido por um dos participantes.

*“.. informação disponível (principalmente interação entre utentes).”*

#### **Condições técnicas disponibilizadas**

Um dos participantes referiu a qualidade dos espaços e equipamentos.

*“Boa qualidade de materiais e instalações”*

#### **Envolvimento dos profissionais**

A mensagem transmitida pela maioria dos MD como fator decisor da implementação, foi o envolvimento dos diversos profissionais dos ACES, o espírito de “*entreatajuda e*

*interdisciplinaridade*” com vista a um objetivo comum de resolução rápida dos problemas que foram surgindo.

*“...integração na equipa de saúde oral e no ACES decorreu com muita facilidade”*

*“Boa comunicação (trabalho em equipa) com os médicos de família e outros profissionais de saúde e administrativos.”*

Foi referido pela maioria dos participantes a sua motivação intrínseca e envolvimento no projeto,

*“A possibilidade de participar num projeto ambicioso e estimulante...”*

atuando não só ao nível de tratamentos curativos, mas também ao nível preventivo e educação para a saúde oral, com o objetivo final de satisfação das necessidades de saúde dos utentes.

*“...tentamos promover bons hábitos de higiene nos utentes, estimulando-os com pequenas amostras e dicas, que uma vez os aplicando vêm resultados, ficando motivados para continuar.”*

*“tento dar sempre o meu melhor para o bem do paciente...”*

### **Inter-relação e comunicação entre profissionais de saúde**

A troca de informação personalizada relativa a cada utente, entre o médico de medicina geral e familiar (MGF) e o MD, possibilitou um tratamento mais adequado.

*“Consultas personalizadas pela comunicação com o médico de família de cada utente, assim como todas as informações registadas no sistema informático...”*

*“... colaborar de forma mais direta e eficaz com os médicos de família proporcionando um melhor acompanhamento do doente.”*

### **Oferta de profissionais MD disponíveis no mercado**

A disponibilidade de profissionais no mercado de trabalho foi mencionada como um dos fatores favoráveis à implementação do projeto.

*“Na minha opinião, é mais favorável a colocação de dentistas nos centros de saúde pelo aumento da empregabilidade e oportunidade de experiência vasta em cuidados básicos dos médicos dentistas recém-licenciados”*

#### **5.1.6. Benefícios decorrentes do projeto**

As respostas dos participantes foram subdivididas de acordo com as seguintes subcategorias:

- Acesso
- Referenciação para especialidades mais criteriosa

##### **Acesso**

A implementação dos médicos dentistas nos centros de saúde facilitou o acesso aos cuidados de saúde oral a parte da população portuguesa mais vulnerável a nível socio económico que não consegue recorrer à prestação privada deste tipo de cuidados. Todos os MD referiram o aumento do acesso aos utentes como um dos fatores centrais do projeto.

*“A implementação de médicos dentistas nos centros de saúde possibilita que a população portuguesa tenha acesso a cuidados primários, à prevenção e ao tratamento das doenças orais.”*

*“Realização de tratamentos a utentes que nunca foram ao dentista, utentes com insuficiência económica, utentes com graves problemas de saúde física e psicológica.”*

*“Temos uma população maioritariamente idosa, e estes utentes preferem os centros de saúde por uma questão económica.”*

Quando comparada a opção de colocação de MD nos centros de saúde com a alternativa de utilização de cheques-dentista, foi mencionada a universalização do acesso devido a este novo programa uma vez que o PNPSO beneficia apenas alguns grupos específicos da população.



*“O cheque-dentista abrange apenas alguns casos e alguns tratamentos, pelo que a colocação de dentistas nos centros de saúde faz com que seja possível o acesso de toda a gente sem exceção”*

No entanto, a generalidade dos participantes reconhece a importância dos dois programas referindo que *“...os dois programas são benéficos para a população.”*

*“...um não invalida o outro. Complementam-se.”*

### **Referenciação para especialidades mais criteriosa**

A referenciação para as especialidades hospitalares de Estomatologia e Cirurgia Maxilo-facial é efetuada pelos médicos de MGF.

De um modo geral foi opinião dos respondentes que a maioria dos tratamentos de saúde oral são efetuados nos CS, sendo os casos mais complexos e urgentes referenciados pelos médicos de MGF para as especialidades. A introdução dos MD nos CS pode promover uma seleção mais adequada dos pacientes, pois estes profissionais têm uma melhor perceção das situações que necessitam de consulta de especialidade promovendo uma melhor dinâmica das referenciações e maior eficiência dos serviços do SNS.

*“...não haverá alteração nas referenciações para tais especialidades, mas sim uma triagem dos pacientes que devem ser encaminhados e os que podem ser tratados na unidade oral, aqui no Centro de Saúde.”*

*“...a colocação dos profissionais nos centros de saúde pode auxiliar na redução das listas de espera das especialidades e na melhoria dos serviços prestados pelo SNS.”*

#### **5.1.7. Riscos para o futuro do projeto**

As respostas dos participantes foram divididas de acordo com as seguintes subcategorias:

- Insuficiente resposta do projeto relativamente às necessidades
- Insatisfação dos utentes
- Insatisfação dos profissionais
- Insustentabilidade financeira

### **Insuficiente resposta do projeto relativamente às necessidades**

Um dos principais riscos apontados por diversos respondentes diz respeito à crescente procura de cuidados por parte dos utentes, sem a correspondente resposta por parte dos profissionais resultando em sobrelotação das listas de espera com meses entre consultas.

*“Cada vez chegam mais pacientes e com maiores necessidades de tratamentos.*

*“Tempo de espera entre as consultas a aumentar (6 meses);”*

Foi mencionado em particular a situação das consultas de urgências, para as quais não há resposta no programa por falta de vagas para marcação.

*“Falta de resposta por parte da equipa de saúde oral devido a sobrelotação (pacientes com dores que vem pedir ajuda, não existe consultas de urgência)”*

Os fatores referidos anteriormente conjugados com o limitado tempo de consulta podem ter consequências nos resultados do projeto.

*“o elevado número de pacientes acrescido ao tempo restrito de consulta podem ser um entrave na qualidade dos tratamentos”*

*“o tempo de espera entre consultas é bastante e por essa razão existem dentes perdidos que poderiam ser “salvos” se esse tempo não fosse tão longo”.*

### **Insatisfação dos utentes**

Foi mencionado por um participante o risco de *“Insatisfação dos utentes”* derivado dos longos períodos de espera e pouco tempo de consulta.

### **Insatisfação dos profissionais**

Três MD mencionaram o risco de a equipa de medicina dentária ser afetada de forma negativa derivado da relação entre o trabalho exigido e as condições técnicas e remuneratórias oferecidas pelo projeto.

*“Falta de motivação dos profissionais pelas condições de trabalho (Médico Dentista e Assistente Dentária), devido ao baixo salário e fracas perspetivas de carreira profissional.”*

Foi mencionado em particular:

*“A forma precária como são contratados os médicos dentistas.”*

### **Insustentabilidade financeira**

Um dos respondentes referiu o risco de insuficiente financiamento do programa que provoque a sua extinção.

*“Especialidade bastante cara que leve a extinção do projeto no SNS”*

### **5.1.8. Caminhos e propostas de melhorias futuras se estas dependessem da decisão dos participantes no estudo**

As respostas dos participantes foram divididas de acordo com as seguintes subcategorias:

- Condições materiais/técnicas do projeto
- Condições organizacionais
- Alteração da emissão de cheques dentistas para PIPCO
- Comunicação
- Aumento da oferta de consultórios dentários nos CS
- Formação de MD e assistentes dentárias
- Criação de carreira profissional MD

### **Condições materiais/técnicas do projeto**

Foi sugerido por vários participantes a possibilidade de *“Integrar novos materiais dentários que possam promover um melhor tratamento aos pacientes”,*

*“vários dentes que poderiam ser mantidos em boca se fosse integrado no modelo atual novos materiais dentários essenciais (espigões, pins, coroas de acetato).”*

e também a introdução de novas tecnologias como o *“RVG”* (sistema de radiografia digital).

Entre os tratamentos sugeridos por diversos participantes para inclusão do projeto destacam-se da reabilitação protética, já que conforme mencionado pelos MD:

*“concluímos na sua maioria planos de tratamentos em que deixamos a cavidade oral sana, no entanto, o bem-estar do paciente bem como a sua saúde continuam a estar comprometida”.*

*“seria benéfico a inclusão de trabalhos de reabilitação da função mastigatória de pacientes maioritariamente desdentados. Nomeadamente através da confeção de próteses dentárias. Se não for possível na prática dos cuidados de saúde primários, considero a importância do estabelecimento de acordos com entidades privadas. ...”.*

O tempo definido para a consulta de saúde oral foi mencionado como devendo ser alterado.

*“A minha proposta baseia-se na adequação do tempo de consulta em função do tipo de tratamento.”* em vez de um padrão único de 30 minutos.

Um dos participantes referiu ainda a necessidade de melhorar o programa SISO.

### **Condições Organizacionais**

Foram mencionados vários aspetos organizacionais como *“Apoio administrativo individual para a medicina dentária”* e questões logísticas como a entrega atempada de material.

A redefinição e organização dos utentes referenciados foi também mencionado como um fator a melhorar.

*“limitar o serviço a utentes mais específicos”*

### **Emissão de cheques dentistas para PIPCO pelo MD**

Para acelerar a resposta especializada foi sugerido por um MD a emissão de cheques dentista para cancro oral (PIPICO) diretamente pelo médico dentista do CS em vez do utente marcar nova consulta para o médico MGF para que este faça a emissão daquele documento.

## **Comunicação**

Foi sugerido por diversos MD uma melhor comunicação entre todos os profissionais de CS envolvidos no projeto.

*“Prestar informações acerca do programa a todos os trabalhadores dos CS integrados no projeto, deve ser incutido e demonstrada a real importância da saúde oral”*

## **Aumento oferta de consultórios dentários nos CS**

Uma sugestão comum à maioria dos MD foi:

*“O alargamento previsto do número de centros de saúde com atendimento de Medicina Dentária”*

## **Formação de MD e assistentes dentárias**

Foi referida por diversos profissionais a necessidade de existirem ações de formação específicas e direcionadas para:

*“os médicos dentistas/assistentes dos centros de saúde” e “Formação especializada e direcionada para as patologias mais frequentes dos utentes dos centros de saúde vs medicina dentária”.*

## **Criação de carreira profissional MD**

Uma questão generalizada a todos os profissionais, apontada de diversas formas e em diferentes momentos, diz respeito a: *“Criação de carreira profissional”*.

## **5.2. Presidentes do Conselhos Clínicos e de Saúde: percepções sobre os cuidados de saúde oral nos centros de saúde**

### **5.2.1. Obstáculos à implementação do projeto**

As respostas dos PCCS dividiram-se desde um participante que considerou não ter existido nenhum obstáculo à implementação do projeto e os restantes cinco que destacaram diversos fatores.

As respostas dos participantes foram divididas de acordo com as seguintes subcategorias:

- Condições materiais/técnicas do projeto
- Condições organizacionais
- Condições geográficas

#### **Condições materiais/técnicas do projeto**

Foi destacado por metade dos PCCS a questão da falta de material instrumental, e a *“disponibilidade da cadeira partilhada com a Higienista Oral nos CS”*.

*“Um número de consultas muito elevado e poucas cadeiras por forma a dar resposta atempada e adequada e a inexistência de material para a realização dos tratamentos”*

Foi também destacado por dois participantes um processo que apresentou alguns constrangimentos.

*“A esterilização do todo o material cirúrgico também constituiu uma dificuldade inicial”*

#### **Condições organizacionais**

Um dos respondentes mencionou o *“Insuficiente apoio administrativo...”* em alguns locais, o que dificultou a tarefa dos profissionais de saúde oral.

Foi também destacado a falta de tempo dos profissionais de saúde oral para cumprir todas as suas tarefas face às exigências do projeto.

*“Falta de tempo das médicas dentistas para a realização de registos clínicos em virtude de exigência das 8 horas de trabalho clínico e número mínimo de consultas diárias.*

*Das assistentes dentárias para a higienização dos espaço e materiais e gestão de stock’s”*

Por outro lado, as limitações do sistema informático foi outro fator apontado por um dos PCCS. O facto de *“...não ter como sistema informático o SClínico”* resulta em dificuldades de referenciação para as consultas de medicina dentária por parte dos médicos de MGF.

*“Haver constrangimentos na referenciação para a consulta de medicina dentária nos CSP efetuada pelo M1”*

### **Condições geográficas**

Um dos PCCS destacou a distância a percorrer entre os locais de residência dos utentes e o consultório dentário nos CS como uma das limitações do projeto.

*“Distância do local de residência dos utentes ao local das consultas, por se tratar de um ACES com elevada dispersão geográfica”*

Foi também referido por um dos respondentes a dificuldade de fixação de MD em alguns locais.

*“Fixação / aceitação da vaga por parte dos médicos dentistas. “*

### **5.2.2. Fatores favoráveis à implementação do projeto**

As respostas dos participantes foram divididas de acordo com as seguintes subcategorias:

- Necessidades sentidas
- Condições técnicas disponibilizadas
- Condições organizacionais
- Envolvimento dos profissionais

#### **Necessidades sentidas**

Foi referida a carência de tratamentos de medicina dentária à população e a perceção de necessidades não satisfeitas.

*“O fator favorável foi a necessidade de existência de médico dentista nos CSP...”*

*“...há situações de doença que estavam a ser secundarizadas”*

#### **Condições técnicas**

Foi destacado por um dos PCCS como fator favorável à implementação do projeto o apoio prestado a um dos processos que apresentou alguns constrangimentos “... a esterilização...” e ao nível logístico e de gestão de stocks de material ( *“pedidos de material de consumo na Glintt”*).

#### **Condições organizacionais**

Um dos participantes mencionou, como condições organizacionais favoráveis, o apoio administrativo e a boa integração dos profissionais de medicina dentária nos ACES.

*“Apoio prestado pelos cuidados de saúde ao nível do suporte administrativo...”*

*“Boa integração nas equipas dos CSP”*

#### **Envolvimento dos profissionais**

Um dos fatores positivos do projeto foi:

*“A motivação e o envolvimento dos profissionais do ACES”.*



O papel dos médicos de medicina geral e familiar foi individualizado por um dos participantes.

*“Boa adesão por partes dos MGF’s para referência à consulta de medicina dentária”*

### **5.2.3. Benefícios decorrentes do projeto**

A implementação dos médicos dentistas nos centros de saúde permitiu *“uma melhoria muito significativa no acesso aos Cuidados saúde Oral”* em especial *“aos utentes com menos recursos económicos e que não têm possibilidades de aceder a estas consultas na medicina privada”*.

A maioria dos PCCS referiu este aspeto como um dos fatores centrais do projeto destacando o aumento da equidade e justiça devido à universalidade e ausência de discriminações.

*“... o fator económico é impeditivo da acessibilidade a este tipo de prestação, pelo que a colocação de dentistas nos CSP aumenta a equidade e justiça no acesso.”*

*“Acessível a todos os utentes, sem discriminações etárias, económicas ou por patologias”*

Um dos PCCS fez uma comparação com a opção dos cheques-dentista referindo a sua restrição em contraste com a universalidade deste projeto.

*“...a entrada no “piloto” acrescentou uma resposta aos “Cheque Dentista” demasiado restritivos na abrangência.”*

### **5.2.4. Acréscimos de valor em saúde pública**

No geral os participantes mencionaram a diminuição da carga da doença, a melhoria da saúde oral e *“estado geral de saúde das populações”*.

*“Diminuição da carga de doença associada à inexistência de resposta ou, na melhor das hipóteses, resposta tardia ao tratamento de doenças orais.”*

Foi referido a diminuição das patologias agudas e suas consequências.

*“Diminuição de idas às urgências e menor prescrição de antibióticos.”*

#### **5.2.5. Riscos para o futuro do projeto**

As respostas dos participantes foram divididas de acordo com as seguintes subcategorias:

- Insuficiente resposta do projeto relativamente às necessidades
- Credibilidade do projeto
- Insustentabilidade financeira
- Descontinuidade do projeto

##### **Insuficiente resposta do projeto relativamente às necessidades**

Um dos riscos para o futuro destacado por 3 PCCS diz respeito à insuficiente oferta do projeto face à procura existente.

*“Como as consultas foram alargadas a todos os utentes do ACES... independentemente das patologias há uma lista de espera superior a 3 meses”*

*“O maior risco é a existência de apenas uma médica dentista, de se ter criado expectativa à população e termos já em carteira 1500 utentes à espera de consulta.”*

Esta situação tem como consequências a falta de resposta para consultas de urgência.

*“Dificuldade em agendar situações de doença aguda”*

##### **Credibilidade do projeto**

Um dos PCCS referiu a incompletude dos cuidados do projeto, uma vez que a reabilitação oral dos utentes não está prevista a nível protético, apesar da manifesta necessidade existente. Este facto poderá diminuir a credibilidade social do projeto.

*“O facto do projeto não ter associada a reabilitação dentária, nomeadamente a colocação de próteses, poderá diminuir a credibilização e aceitação do projeto.”*

### **Insustentabilidade financeira**

O aspeto financeiro foi referido por dois respondentes como um dos riscos efetivos do projeto.

*“Extinção por motivos económico-financeiros”*

### **Descontinuidade do projeto**

Um dos participantes mencionou o risco de *“Não existir continuidade e ... ampliação de locais de atendimento no ACES”* limitando-se aos CS pertencentes ao projeto piloto resultando esta situação num aumento de iniquidades.

#### **5.2.6. Caminhos e propostas de melhorias futuras se estas dependessem da decisão dos participantes no estudo**

As respostas dos participantes foram divididas de acordo com as seguintes subcategorias:

- Condições materiais/técnicas
- Condições organizacionais
- Aumento da oferta de consultórios dentários nos CS
- Condições de contratação dos profissionais
- Criação de Unidade de Saúde Oral

### **Condições materiais/técnicas**

Dois dos participantes sugeriram a inclusão de outros serviços de saúde oral não previstos nos tratamentos oferecidos.

*“Aumento da variabilidade de serviços oferecidos, nomeadamente no campo da ortodôncia e da protética”.*

A qualidade do sistema informático SISO foi, também, referida como necessitando de melhoramentos.

*“Oferta de ... um programa de gestão de consultas/referenciações mais eficiente, tendo em conta que o atual programa (siso) é muito restrito e incompleto.”*

### **Condições organizacionais**

Nos locais com o sistema informático diferente do SClinico foi referida a necessidade de melhorias por forma a efetuar corretamente as referenciações para consultas de saúde oral.

*“A referenciação com recurso ao MEDICINE One tem de ser uma realidade.”*

Um dos participantes propôs a possibilidade de referenciação para consultas de medicina dentária diretamente pelos Higienistas orais sem ter que passar pelos médicos de MGF.

*“... penso que as Higienistas Oraís (HO) deveriam ter a faculdade de referência sem terem de reencaminhar as situações através do MMGF, aumentando o tempo para a referência e a carga burocrática e trabalho dos médicos e, a desmotivação dos HO.”*

### **Aumento oferta de consultórios dentários nos CS**

Todos os PCCS manifestaram de diferentes formas, a necessidade de alargar o número CS com consultas de medicina dentária.

*“Oferta de maior número de consultas, polos, profissionais”*

### **Condições de contratação dos profissionais**

Um dos respondentes propôs a contratação das equipas de medicina dentária com um vínculo diferente do atual, em que os profissionais são contratados a recibos verdes por empresa externa que contratualiza com a ARSLVT.

*“Contratação pela ARSLVT de médicos dentistas e assistentes dentários sem recurso de empresas de prestação de serviços”.*

### **Criação de Unidade de Saúde Oral**

Quando confrontados com a proposta de criação de uma “Unidade de Saúde Oral” (com Médico Dentista, Higienista Oral e Assistente dentária) e sua comparação com o

modelo atual de integração dos MD nas URAPs, as opiniões dos PCCS dividiram-se. Dois dos respondentes manifestaram-se contra, referindo o bom funcionamento da organização atual.

*“Para nós a melhor opção será a continuidade na URAP”*

*“O modelo atual está a funcionar bem havendo uma boa articulação entre a medicina dentária e a MGF...”*

No entender destes PCCS a proposta alternativa iria originar um aumento de custos *“sem ganhos de eficiência”*.

*“...criando outra unidade e outra coordenação com duplicação de custos.”*

Por outro lado, quatro dos PCCS manifestaram-se a favor salientando a especificidade da USO e a sua melhor estruturação e funcionalidade *“permitindo em última análise uma melhor integração de cuidados”* e *“controlo dos custos envolvidos”*.

*“A criação de uma Unidade específica de Saúde Oral pode permitir uma melhor organização dos serviços, aumentar a capacidade de resposta da dentista (o funcionamento em equipa com a higienista oral permitiria que a primeira deixasse de efetuar procedimentos passíveis de ser efetuados pela segunda).”*

Um dos PCCS ainda acrescentou à proposta da equipa de saúde oral da USO um profissional de apoio administrativo por forma a tornar mais eficiente o agendamento de consultas e convocatórias dos utentes.

*“acrescentando a Assistente Técnica (porque diminui de forma muito significativa as faltas dos utentes, porque implementamos um sistema de convocatória e “lembrete” da consulta e substituição do utente que não pode comparecer à consulta).”*



## **6. Discussão**

### **6.1 Limitações do tipo de estudo e dos métodos**

Este estudo refere-se ao período inicial de implementação em Portugal do projeto-piloto de cuidados de saúde oral nos cuidados primários, não havendo ainda historial de existência de termos de comparação e padrões.

A ideia deste trabalho foi originar conhecimento sobre a implementação do projeto no sentido de poder contribuir com informação para eventuais investigações ou decisões futuras.

Pela sua natureza, este estudo apresentou algumas limitações.

Sendo um estudo qualitativo de análise de perceções, os resultados não representam a realidade, mas sim opiniões e experiências baseadas nas vivências do dia-a-dia dos participantes.

Os dados recolhidos resultaram da aplicação de questionários para autopreenchimento. Por forma a aumentar a confiabilidade deste instrumento foi efetuado, a dois médicos dentistas, um pré-teste do guião das perguntas a realizar. Os resultados motivaram a reformulação das perguntas por forma a adequá-las melhor aos participantes.

Os questionários foram, por questões de operacionalidade, enviados por mail, o que pode ter provocado diferentes interpretações das questões colocadas. Não tendo sido possível reunir as condições materiais e logísticas para a realização de entrevistas, esta foi a solução disponível encontrada.

O guião das perguntas realizadas foi constituído maioritariamente por questões abertas e exploratórias, cujas respostas sendo fornecidas livremente pelos respondentes, são opiniões naturalmente subjetivas.

No presente estudo não houve viés de seleção ou amostragem uma vez que foi analisado todo o universo dos MD e PCCS pertencentes ao projeto-piloto e foram obtidas todas as respostas de todos os participantes. No entanto, realça-se o pequeno número de participantes (13 MD e 6 PCCS).

A análise das perceções e opiniões para categorização dos conteúdos e sua interpretação não é isenta de alguma subjetividade por parte do investigador.

Por último, este estudo baseou-se apenas num único método de recolha de dados, não existindo confrontação de dados obtidos a partir de diferentes técnicas ou outros investigadores, não havendo assim a possibilidade de realizar uma triangulação interpretativa de dados. No entanto, alguns dos dados relativos à caracterização sociodemográfica dos utentes puderam ser comparados com os dados quantitativos recentemente divulgados no portal do SNS – Área da Transparência, designadamente os referentes aos grupos etários e ao género dos utentes que mais beneficiaram dos cuidados oferecidos pelo projeto.

## **6.2 Discussão dos Resultados**

A diversidade de perceções recolhidas evidencia que a implementação decorreu de diferentes formas nos CS onde foi introduzido o projeto-piloto, o que confirma as diferentes realidades existentes nos cuidados de saúde primários em Portugal.

Os resultados obtidos e sua interpretação não são extrapoláveis para outros contextos, traduzindo as perspetivas baseadas nas experiências dos participantes.

Esta discussão de ideias segue a mesma lógica de apresentação dos resultados estando dividida em:

1. Médicos dentistas: perceções sobre os cuidados de saúde oral nos centros de saúde
2. Presidentes dos Conselhos Clínicos e de Saúde: perceções sobre os cuidados de saúde oral nos centros de saúde

### **6.2.1. Médicos dentistas: perceções sobre os cuidados de saúde oral nos centros de saúde**

Dos resultados observados verificou-se que a caracterização dos utentes e os aspetos técnicos do projeto apresentaram relativa concordância de opiniões entre si, sendo os aspetos organizacionais aqueles onde a diferença de opiniões entre os MD dos diferentes ACES se tornou mais notória.

Analisando a caracterização sociodemográfica dos utentes que recorreram às consultas de saúde oral destaca-se a confluência de respostas em relação aos utentes mais



velhos e do sexo feminino, o que está de acordo com os dados recentemente publicados no Portal do SNS - Área da Transparência, onde se verifica que cerca de 72 % dos utentes, atendidos nos centros de saúde no âmbito da saúde oral nos cuidados de saúde primários, têm mais de 50 anos e são maioritariamente do género feminino (54%).

Os resultados realçam que a opção dos utentes pelos cuidados dentários nos centros de saúde foi essencialmente motivada pelos fatores económico e a confiança no profissional. De acordo com a literatura, a insuficiente oferta deste tipo de cuidados por parte do SNS, e a sua prestação principalmente pelo setor privado, criam barreiras económicas que afetam predominantemente os mais pobres e vulneráveis (3). As motivações percecionadas demonstram a importância atribuída pela população ao acesso a este tipo de cuidados através do SNS.

Os pacientes que frequentaram as consultas, apresentaram maioritariamente uma saúde oral precária e má em vários níveis etários desde crianças, adultos e idosos, com grande número de utentes com falta de dentes naturais, confirmando diversa literatura onde Portugal apresenta elevados índices de doenças orais(24)(33).

Inicialmente a população aderente ao projeto era constituída essencialmente por doentes crónicos, surgindo posteriormente cada vez mais pacientes sem problemas sistémicos. Esta alteração pode interpretar-se como decorrente da mudança na legislação existente, que desde o início do projeto até dezembro de 2017, limitava as consultas de saúde oral aos doentes crónicos e a partir de janeiro de 2017 alargou o acesso a todos os utentes dos ACES pertencentes ao projeto-piloto.

Os pacientes foram caracterizados como tendo múltiplas necessidades não satisfeitas em saúde oral, desde educação, cuidados preventivos, curativos e de urgência, realizando visitas com pouca frequência ao médico dentista, muitas vezes apenas em caso de urgência, potenciando, desta forma, uma deficiente saúde oral.

O projeto foi considerado pelos MD como adequado às necessidades dos utentes, mas apresentando diversas limitações com especial destaque para a falta de material instrumental para tratamentos, o escasso tempo de consulta de 30 minutos e a validade de 1 ano para o episódio de cuidados associado à referência.

A satisfação das necessidades mais primárias de cuidados orais fez emergir outro tipo de necessidades como são as próteses. Este tipo de cuidados, não estando previsto no projeto, torna-se essencial no sentido de proporcionar um tratamento completo e maior qualidade de vida aos pacientes parcialmente desdentados.

Dos obstáculos iniciais à implementação do projeto destacaram-se as questões técnicas de falta de material já referidas e questões logísticas, ainda hoje de alguma forma presentes. A esterilização foi um dos fatores de maior constrangimento, entretanto resolvido. As dificuldades organizacionais foram essencialmente a falta de apoio administrativo e definição de referências

Nos ACES com maior sucesso, os constrangimentos organizacionais iniciais foram ultrapassados com o envolvimento de todos os intervenientes desde os pacientes, MD, médicos MGF, pessoal de apoio administrativo e outros colaboradores do ACES.

Um dos fatores da grande adesão a este projeto foi, na percepção dos MD, a existência de necessidades sentidas de cuidados de saúde oral não satisfeitas, o que confirma os dados do Eurostat onde Portugal surge como o país da Europa com mais necessidades não satisfeitas deste tipo de cuidados(8).

Por outro lado, a qualidade de instalações/equipamentos e a existência de profissionais MD disponíveis no mercado de trabalho, foram igualmente fatores facilitadores do projeto.

Analisando a satisfação dos MD, tornou-se evidente a diversidade de opiniões decorrentes das especificidades e contextos de cada ACES. A integração destes profissionais na organização, tendo corrido genericamente bem no âmbito da URAP revelou algumas situações de insatisfação devido ao funcionamento organizacional nomeadamente a falta de envolvimento dos outros profissionais dos ACES e apoio administrativo.

No geral os MD manifestaram-se motivados devido à natureza e missão do projeto e expectantes quanto à possibilidade de desenvolver uma carreira como médico dentista no SNS. Tem sido assinalado como contraditório existir um elevado número destes profissionais em Portugal, especialmente nas faixas etárias mais jovens, que correspondem à maioria dos profissionais envolvidos neste estudo, e a existência de uma extensa parte da população portuguesa que não tem acesso a cuidados de saúde oral (38).

Os aspetos retributivos e carreira profissional são os que revelaram maior insatisfação. A contratação da equipa de saúde oral (MD e assistente dentária) através de empresa que contratualiza com a ARSLVT é uma situação que provoca instabilidade e insatisfação nos profissionais. Os MD consideram-se mal pagos relativamente ao trabalho que lhes é solicitado e condições oferecidas. No final de 2017, o Ministério da Saúde, após recomendação de um grupo de trabalho nomeado para analisar o

enquadramento da atividade dos dentistas, propôs às Finanças a criação de uma carreira do médico dentista no Serviço Nacional de Saúde(39).

Quanto aos benefícios decorrentes do projeto, os resultados demonstraram claramente que o aumento do acesso a uma parte da população portuguesa mais vulnerável, foi um dos principais ganhos deste projeto. Contudo, esta oferta de cuidados abrangeu uma ínfima parcela dos utentes pertencentes aos seis ACES do projeto piloto (4% dos utentes no ano de 2017).

Quando comparado com a alternativa da utilização de cheques-dentista, este projeto parece ser vantajoso face à universalização da sua abrangência em contraponto com a restrição do PNPSO que apenas beneficia alguns grupos específicos. Apesar disso, os dois programas são apontados como complementares e benéficos para os utentes.

As referenciações para as especialidades de Estomatologia e Cirurgia Maxilo-facial, são apontadas como podendo vir a ser tendencialmente mais criteriosas pois os MD detetam mais facilmente situações que necessitem de consultas de especialidade hospitalar, promovendo desta forma maior eficiência no SNS.

Entre os riscos para o futuro deste projeto destacam-se a apreensão dos MD perante a escassa resposta em relação às necessidades existentes que são crescentes, já que a criação da oferta ativou a procura. As listas de espera tornaram-se crescentes e os tempos entre consultas passaram para meses, impedindo os profissionais de concluírem os planos de tratamentos no tempo previsto de um ano.

Por outro lado, as situações de dor e urgência, não estão previstas no projeto e não há possibilidade de agendar este tipo de consultas tendo em conta a procura existente.

Acresce que o tempo restrito previsto de 30 minutos de consulta pode comprometer a qualidade de alguns tratamentos prestados.

Por tudo isto, aliado à inexistência de alguns tratamentos que poderiam proporcionar melhor qualidade de cuidados e à ausência de reabilitação protética, a insatisfação dos utentes é uma possibilidade.

Também, a insatisfação dos profissionais contratados (médico dentista e assistente dentária) é igualmente um dos riscos presentes. Os resultados apresentados expressaram uma insatisfação relativa às condições remuneratórias e de carreira face ao trabalho exigido e condições proporcionadas, o que pode determinar a sua saída do projeto.

Relativamente às oportunidades futuras, estas são apresentadas pelos MD como propostas de melhorias se estas dependessem da sua decisão, sendo de realçar aspetos como a integração de novas tecnologias, novos materiais dentários para promover melhor tratamento aos pacientes e a reabilitação protética por forma aos pacientes maioritariamente desdentados restabelecerem as funções mastigatória, fonética e estética.

Como alternativa da prestação destes cuidados são equacionadas duas possibilidades: a prestação destes serviços dentro do próprio SNS ou a opção de estabelecimento de acordos com prestadores privados.

A flexibilização da duração padrão do tempo de consulta em função do tipo de tratamento a realizar foi um aspeto repetidamente assinalado.

Também são sugeridas melhorias em termos organizacionais como por exemplo um maior apoio administrativo e uma melhor priorização/referenciação dos doentes para estas consultas por forma a privilegiar a oferta face às necessidades mais urgentes.

Entre as propostas de melhoria esperadas que pretendem colmatar as limitações do projeto e as insatisfações dos profissionais destacam-se:

- A necessidade de aumentar o número de consultórios dentários no SNS por forma a satisfazer a crescente procura deste tipo de cuidados derivada das enormes necessidades existentes;
- A necessidade de criar uma carreira profissional de MD no SNS no sentido de enquadrar a especificidade dos cuidados prestados por estes profissionais nos cuidados de saúde primários e promover a sua estabilidade e satisfação;
- Necessidade de criar um ambiente de melhor informação, comunicação envolvimento entre todos os profissionais dos ACES abrangidos no projeto por forma a diminuir alguns constrangimentos na integração e prestação de cuidados dos MD.

Entre os resultados menos esperados, apresentados com alguma inovação, salientam-se:

- Emissão dos cheques-dentista para PIPCO diretamente pelo MD em vez do utente marcar consulta para o médico MGF para este fazer a emissão do cheque. Esta proposta é interessante no sentido de acelerar a resposta especializada para o cancro oral;

- Formações específicas e direcionadas para as equipas de saúde oral (MD e assistente dentária) sobre as patologias mais frequentes dos utentes dos centros de saúde e sua relação com a saúde oral;
- Utilização dos cheques-dentista para realização de tratamentos de saúde oral nos prestadores privados com acordo com o SNS, pois esta opção permite livre escolha por parte do utente e acesso a cuidados com melhores técnicas e instrumentos. Esta proposta vai ao encontro de um dos cenários possíveis, referidos na literatura estudada, para aumentar a cobertura pública dos cuidados de saúde oral recorrendo à prestação privada(3). No entanto, esta opção, levanta questões da necessidade de estudos de custo-benefício do alargamento do programa de cheques-dentista, de controle da qualidade dos serviços prestados e o combate ao abuso/fraudes. Na discussão desta sugestão deverá constar a evolução das taxas de utilização dos cheques emitidos nos diversos grupos beneficiários (28).

Ressalva-se ainda que, os resultados dos MD apresentados sobre o projeto e os utentes são perceções qualitativas que definem ideias passíveis de revelar tendências para futuros estudos nomeadamente quantitativos ao nível das referências para especialidades ou prevalência das doenças orais.

#### **6.2.2. Presidentes do Conselhos Clínicos e de Saúde: perceções sobre os cuidados de saúde oral nos centros de saúde**

À semelhança dos resultados observados nos MD, também nos resultados dos PCCS foi mais evidente a concordância ao nível dos aspetos técnicos do que ao nível organizacional onde se destacaram maiores variações consoante os diversos contextos.

Os PCCS revelaram maior enfoque nas questões organizacionais a nível dos ACES e nos aspetos dos benefícios do projeto e ganhos em saúde para a população.

Como obstáculos à implementação do projeto foram destacadas as questões técnicas de falta de material instrumental, a gestão logística da cadeira entre o MD e HO, e igualmente o processo da esterilização. Estes aspetos foram comuns aos PCCS e aos MD pertencentes aos mesmos ACES.

As questões organizacionais foram diversas de acordo com os diferentes ambientes e também aqui a falta de apoio administrativo foi uma questão salientada e partilhada pelo PCCS e MD dos mesmos ACES.

A existência de diferentes sistemas informáticos utilizados pelos médicos de MGF revelaram diversas dificuldades nas referências para consultas de saúde oral.

Os seis ACES do projeto-piloto têm contextos demográficos e geográficos muito diferentes. Nalguns locais a elevada dispersão geográfica colocou dificuldades de acesso aos utentes e problemas de fixação dos profissionais MD.

Por outro lado, a elevada carência de cuidados e de necessidades não satisfeitas voltam a ser consideradas fatores chave do sucesso deste projeto.

Dos fatores favoráveis à implementação do projeto os PCCS destacaram, para além das condições técnicas e logísticas, as questões de organização e participação dos profissionais dos ACES. Nos locais onde a implementação teve mais sucesso foi coincidente a opinião dos PCCS e MD ao nível da motivação e envolvimento de todos.

Pelas suas características este projeto apresenta alguns riscos e oportunidades para o futuro.

Salienta-se o receio, tanto por parte dos PCCS como dos MD, da insuficiente resposta do programa relativamente às necessidades. A grande adesão dos utentes ao projeto, devido às inúmeras carências neste tipo de cuidados, motivou uma procura crescente que não é satisfeita pela escassa oferta existente, criando períodos de espera muito longos e frustrando as expectativas da população.

Outra preocupação repetidamente referida, foi a questão de o projeto não incluir determinados cuidados, em especial a colocação de próteses, apesar da manifesta necessidade, o que pode diminuir a aceitação e credibilidade social do projeto pois os cuidados de saúde oral ficam incompletos. Estes resultados revelam a importância atribuída por estes profissionais à imagem e credibilidade do projeto perante a opinião pública e à prestação de cuidados de saúde com qualidade.

Sendo este um projeto público dependente de orientação política, estará sempre sujeito a decisões do governo que poderão sofrer alterações consoante os ciclos políticos, o estabelecimento de prioridades e a definição de orçamentos.

A insustentabilidade financeira do projeto foi um dos riscos futuros salientado nos resultados, sendo também concordante com as opiniões dos MD. A implementação e o alargamento, do projeto-piloto implicam um investimento muito elevado em instalações, pessoal, rede logística e equipamentos para além dos custos atribuídos aos consumíveis. O seu alargamento deve ser analisado em virtude das restrições financeiras e das escolhas políticas.

Estes e outros fatores podem resultar numa descontinuidade do projeto, preocupação revelada pelos PCCS, provocando iniquidades futuras.

As oportunidades para o futuro do projeto estão espelhadas nas propostas sugeridas pelos PCCS para melhorias futuras do projeto. Destas, destacam-se a necessidade de alargar a oferta de consultórios dentários e a resolução de diversos constrangimentos essencialmente a nível organizacional, como por exemplo a natureza e as condições contratuais dos profissionais de medicina dentária. Esta questão, também salientada pelos MD, é um dos principais fatores de insatisfação destes. A sua resolução de forma adequada poderá promover um maior envolvimento dos MD, melhor qualidade de cuidados e satisfação da população.

As propostas de melhorias ao nível técnico foram também coincidentes com os resultados dos MD. No sentido de corrigir algumas limitações do projeto, e para responder às necessidades existentes, foi sugerida a inclusão de tratamentos não previstos, nomeadamente a reabilitação protética. Esta sugestão está de acordo com a literatura estudada que refere a existência de parte significativa da população portuguesa com falta de dentes naturais e sem dentes de substituição(19).

Presentemente está em estudo a criação de “Unidades de Saúde Oral” (USO) constituídas por médicos dentistas, higienistas orais e assistentes dentárias(40). Esta evolução organizacional motivou por parte dos PCCS opiniões contra e a favor da opção.

As opiniões contra referiram o aumento de estruturas, de coordenações e de custos sem ganhos adicionais de eficiência.

Por outro lado, nas opiniões favoráveis foi destacada a especificidade da USO e a integração de cuidados permitindo um maior controlo dos custos envolvidos. Foi ainda proposta a inclusão na equipa de um profissional de apoio administrativo para tornar mais eficiente o agendamento de consultas e a convocatória de utentes, fator considerado como uma das limitações do projeto referido pelos PCCS e MD.

Um aspeto a salientar é a preocupação destes profissionais com os benefícios decorrentes do projeto e os acréscimos de valor em saúde pública. A melhoria do acesso aos cuidados de saúde oral em especial à população mais vulnerável, ganhos de equidade, universalidade e justiça são vantagens percecionadas que vão ao encontro dos valores do equidade e acesso de um SNS sustentado nos cuidados de saúde primários.

Os acréscimos de valor em saúde pública podem traduzir-se numa diminuição da carga da doença e melhoria do estado geral de saúde das populações. Devido à fase inicial do projeto, ao período limitado e ausência de padrões, torna-se difícil avaliar nesta fase o impacto deste projeto na saúde oral e estado geral da saúde das populações. No entanto, esta área poderá ser desenvolvida podendo ser objeto de futuras investigações designadamente quantitativas.

Outra questão a desenvolver está relacionada com os custos decorrentes de situações agudas e referências para urgências podendo igualmente conter matéria para futuras análises e avaliações.



## 7. Conclusão

Este projeto é um avanço nos cuidados de saúde oral, mas representa uma gota de água num oceano de necessidades. Traduz um passo na diminuição das iniquidades na população mais desfavorecida, mais velha e com menos recursos económicos, estando desta forma alinhado com uma intervenção para a equidade no SNS.

A integração dos MD na organização, tendo corrido genericamente bem no âmbito da URAP desencadeou questões de natureza organizacional, nomeadamente apoio administrativo, o que permite argumentar a relevância do conceito e constituição de uma Unidade de Saúde Oral, (podendo ser integrada por MD, assistente dentária, higienista oral e assistente administrativa) com identidade organizacional própria.

A modalidade contratual indireta é um fator de insatisfação dos médicos dentistas o que dá maior relevância ao trabalho em curso para estudar a criação de carreira de médico dentista no SNS.

Este estudo é referente a uma fase inicial do projeto piloto sendo limitado pelo período curto da experiência e pelo número reduzido de pessoas envolvidas. No entanto, fornece indícios para aprofundar conhecimentos e definir orientações para futuros estudos nomeadamente quantitativos e de impacto.

Segundo os dados da Pordata, em 2016 Portugal apresentava 19% da sua população total em risco de pobreza após transferências sociais(41). É a esta população que devem ser assegurados prioritariamente os cuidados de saúde oral por forma a diminuir iniquidades no acesso à saúde. Este acesso deve ser garantido através da prestação de cuidados diretos no centro de saúde ou através do cheque-dentista.

No âmbito do projeto de saúde oral nos cuidados de saúde primários, em 2017 foram atendidos nos centros de saúde 4% dos utentes pertencentes aos ACES do projeto-piloto na ARSLVT. Comparando este valor com a percentagem de população em risco de pobreza constata-se a distância existente e o esforço (cerca de 5 vezes mais) que será necessário para atingir a população mais pobre e vulnerável.

A grandeza do empreendimento financeiro e organizacional necessário para a criação de uma rede de prestação de cuidados de saúde oral irá provavelmente conduzir a uma solução que terá de englobar forçasintersectoriais a nível nacional abrangendo SNS, Autarquias, Juntas de Freguesia, Bombeiros, Organizações não Governamentais para além do mercado privado já existente.

À data da conclusão deste estudo estavam em funcionamento 24 consultórios em 11 ACES na ARSLVT, de acordo com informação do Grupo Regional de Saúde Oral.

O objetivo deste governo é a existência de pelo menos um gabinete de saúde oral em cada ACES do país até ao final da legislatura(42).

## 8. Referências Bibliográficas

1. Ordem dos Médicos Dentistas. Plano Nacional de Saúde 2011-2016: estratégia de saúde oral em Portugal: um conceito de transversalidade que urge implementar [Internet]. Porto: Ordem dos Médicos Dentistas; 2010 [cited 2017 Oct 3]. Available from: <http://pns.dgs.pt/files/2010/06/omd.pdf>
2. Glick M, Silva O, Seeberger G, Xu T, Pucca G, Williams D, et al. FDI visão 2020: uma reflexão sobre o futuro da saúde oral [Internet]. Geneva: FDI World Dental Federation; [cited 2018 Jan 6]. Available from: <https://www.omd.pt/content/uploads/2017/12/fdi-visao-2020-pt.pdf>
3. Lourenço A, Barros PP. Cuidados de saúde oral: universalização. Lisboa: Nova School of Business and Economics. Universidade Nova de Lisboa; 2016.
4. World Health Organization. World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2000 [cited 2017 Dec 3]. Available from: [http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1)
5. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Relatório de Primavera 2017: viver em tempos incertos: sustentabilidade e equidade em saúde [Internet]. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde; 2017 [cited 2017 Oct 4]. Available from: [http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/Relatorio\\_Primavera\\_2017.pdf](http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/Relatorio_Primavera_2017.pdf)
6. Listl S, Galloway J, Mossey PA, Marcenes W. Global economic impact of dental diseases. J Dent Res. 2015 Oct 28;94(10):1355–61.
7. Patel R. The state of oral health in Europe: report commissioned by the Platform for Better Oral Health in Europe [Internet]. Brussels: Platform for Better Oral Health in Europe. European Parliament; 2012 [cited 2017 Oct 3]. Available from: [http://www.wfpha.org/tl\\_files/doc/about/OHWG/BOHEP.pdf](http://www.wfpha.org/tl_files/doc/about/OHWG/BOHEP.pdf)
8. Eurostat. Share of persons aged 16 and over reporting unmet needs for dental examination or treatment, 2016: statistics explained [Internet]. Brussels: Eurostat; 2018 [cited 2018 Jun 10]. Available from: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Share\\_of\\_persons\\_aged\\_16\\_and\\_over\\_reporting\\_unmet\\_needs\\_for\\_dental\\_examination\\_or\\_treatment,\\_2016.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Share_of_persons_aged_16_and_over_reporting_unmet_needs_for_dental_examination_or_treatment,_2016.png)
9. Despacho nº 4324/2008. Diário da República. 2ª Série. 35 (2008-02-19) 6497-8 Alargamento do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral.
10. Portaria nº 301/2009. Diário da República. 1ª Série. 58 (24-03-2009) 1858-60. Regula o funcionamento do Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) no que respeita à prestação de cuidados de saúde oral personalizados, preventivos e curativos.

11. Despacho nº8591-B/2016. Diário da República. 2ª série. 125 (2016-07-01) 20479-80. Implementação de uma estratégia concertada de promoção da saúde oral nos cuidados de saúde primários, através do desenvolvimento de experiências piloto.
12. WHO. Oral health: information sheet April 2012 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2012 [cited 2018 Jan 9]. Available from: [http://www.who.int/oral\\_health/publications/factsheet/en/](http://www.who.int/oral_health/publications/factsheet/en/)
13. Petersen P, Bourgeois D, Ogawa H, Estupinan-Day S, Ndiaye C. The global burden of oral diseases and risks to oral health. Bull World Health Organ. 2005;83(9):661–9.
14. OECD, EC. Health at a glance: Europe 2016: state of health in the EU cycle. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development. European Commission; 2016.
15. Eurostat. Unmet health care needs statistics: statistics explained [Internet]. Brussels: Eurostat; 2018 [cited 2018 Jun 10]. Available from: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Unmet\\_health\\_care\\_needs\\_statistics#Unmet\\_needs\\_for\\_dental\\_examination\\_and\\_treatment](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Unmet_health_care_needs_statistics#Unmet_needs_for_dental_examination_and_treatment)
16. Eurostat. Share of persons aged 16 and over reporting unmet needs for dental examination or treatment due to being too expensive, too far to travel or waiting lists, by age, 2016: statistics explained [Internet]. Brussels: Eurostat; 2018 [cited 2018 Jun 10]. Available from: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Share\\_of\\_persons\\_aged\\_16\\_and\\_over\\_reporting\\_unmet\\_needs\\_for\\_dental\\_examination\\_or\\_treatment\\_due\\_to\\_being\\_too\\_expensive,\\_too\\_far\\_to\\_travel\\_or\\_waiting\\_lists,\\_by\\_age,\\_2016.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Share_of_persons_aged_16_and_over_reporting_unmet_needs_for_dental_examination_or_treatment_due_to_being_too_expensive,_too_far_to_travel_or_waiting_lists,_by_age,_2016.png)
17. Lei n.º 48/90. Diário da República. 1ª Série. 195 (1990-08-24) 3452-9. Lei de Bases da Saúde.
18. OECD, EC. Health at a glance 2013: OCDE indicators. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development. European Commission; 2013.
19. Ordem dos Médicos Dentistas. Barómetro da Saúde Oral. 3ª edição. Porto: Ordem dos Médicos Dentistas; 2017.
20. Eurobarometer. Report: oral health [Internet]. Brussels: Eurobarometer; 2010 [cited 2018 Jun 10]. Available from: [http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs\\_330\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_330_en.pdf)
21. Azul A, Bulhosa J, Melo P, Trancoso P, Calado R, Gromicho M, et al. Intervenção precoce no cancro oral: guia para profissionais de saúde [Internet]. Lisboa: Direcção Geral da Saúde. Ordem dos Médicos Dentistas; 2014 [cited 2018 Jan 13]. Available from: <https://www.ond.pt/content/uploads/2017/12/intervencao-cancro-oral.pdf>

22. Barros PP, Machado S, Simões J. Portugal: health system review: health systems in transition [Internet]. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2011 [cited 2017 Dec 24]. Available from:  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/150463/e95712.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/150463/e95712.pdf)
23. Observatório da Saúde Oral. Os Números da Ordem 2017 [Internet]. Porto: Observatório da Saúde Oral; 2017 [cited 2017 Dec 17]. 44 p. Available from:  
<https://www.ond.pt/content/uploads/2017/12/no2017pt.pdf>
24. Kravitz A, Bullock A, Cowpe J, Barnes E. Manual of dental practice 2015: edition 5.1. Cardiff: The Council of European Dentists. Cardiff University; 2015.
25. Despacho n.º 153/2005. Diário da República. 2ª Série. 3 (2005-01-05) 97. O Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral.
26. Portugal. Ministério da Saúde. Saúde oral [Internet]. Lisboa: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2017 Oct 4]. Available from: <https://www.sns.gov.pt/sns-saude-mais/saude-oral/>
27. Despacho n.º 686/2014. Diário da República. 2ª Série.10 (2014-01-15) 1242. Alargamento ao Programa PNPSO que passa a incluir a intervenção precoce no cancro oral.
28. Portugal. Ministério da Saúde. Relatório anual: acesso a cuidados de saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas [Internet]. Lisboa: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2018 Jan 14]. Available from: [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatório-Acesso-SNS\\_2016-vf.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatório-Acesso-SNS_2016-vf.pdf)
29. Entidade Reguladora da Saúde. Acesso, concorrência e qualidade no Programa Nacional de Saúde Oral [Internet]. Porto: Entidade Reguladora da Saúde; 2014 [cited 2017 Oct 4]. Available from:  
[https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/1051/Estudo\\_PNPSO\\_\\_21\\_08\\_2014.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1051/Estudo_PNPSO__21_08_2014.pdf)
30. Calado R, Ferreira CS, Nogueira P, Melo P. Caries prevalence and treatment needs in young people in Portugal: the third national study. Community Dent Health. 2017 Jun;34(2):107–11.
31. Pordata. PORDATA - Despesa corrente em cuidados de saúde em % do PIB [Internet]. Pordata; 2018 [cited 2018 Jul 8]. Available from:  
<https://www.pordata.pt/Portugal/Despesa+corrente+em+cuidados+de+saúde+em+percentagem+do+PIB-610>
32. Pordata. PORDATA - Despesa corrente em cuidados de saúde: total e por tipo de agente financiador [Internet]. Lisboa: Pordata; 2018 [cited 2018 Jun 3]. Available from:  
<https://www.pordata.pt/Portugal/Despesa+corrente+em+cuidados+de+saúde+total+e+por+tipo+de+agente+financiador-2959-248082>

33. FDI World Dental Federation. The challenge of oral diseases: a call for global action: the oral health atlas [Internet]. Geneva: FDI World Dental Federation; 2015 [cited 2018 Jan 6]. Available from:  
[http://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/documents/complete\\_oh\\_atlas.pdf](http://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/documents/complete_oh_atlas.pdf)
34. World Health Organization. Oral health: the objectives of the WHO Global Oral Health Programme (ORH) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [cited 2018 Jan 21]. Available from: [http://www.who.int/oral\\_health/objectives/en/](http://www.who.int/oral_health/objectives/en/)
35. Neuman WL. Social research methods: qualitative and quantitative approaches [Internet]. 7th ed. London: Pearson Education; 2014 [cited 2018 May 1]. Available from:  
[http://155.0.32.9:8080/jspui/bitstream/123456789/491/1/Social Research Methods.pdf](http://155.0.32.9:8080/jspui/bitstream/123456789/491/1/Social%20Research%20Methods.pdf)
36. Portugal. Ministério da Saúde. Transparência — Utentes Atendidos nos Centros de Saúde no âmbito da Saúde Oral nos Cuidados de Saúde Primários [Internet]. 2018 [cited 2018 May 20]. Available from:  
<https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/utentes-atendidos-nos-centros-de-saude-no-ambito-da-soep/table/?sort=periodo&refine.ars=Lisboa+e+Vale+do+Tejo&refine.periodo=2017&dataChart=eyJxdWVyaWVzIjpbeyJjaGFydHMiOiI7InR5cGUiOiJjb2x1bW4iLCJmdW5jIjoiU1>
37. Portugal. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Relatório de gestão 2017 [Internet]. Lisboa: Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo; 2017 [cited 2018 Jun 17]. Available from: [http://www.arslv.min-saude.pt/uploads/document/file/3081/Relatorio\\_de\\_Gestao\\_2017.pdf](http://www.arslv.min-saude.pt/uploads/document/file/3081/Relatorio_de_Gestao_2017.pdf)
38. Ordem dos Médicos Dentistas. Saúde oral para todos. OMD. 2016;30:10–24.
39. Portugal. Ministério da Saúde. Dentistas no SNS [Internet]. Lisboa: Ministério da Saúde; 2018 [cited 2018 Jul 1]. Available from:  
<https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/11/20/dentistas-no-sns-2/>
40. Botelho H. Proposta de revisão e atualização de conceitos, bem como da missão, modelo e responsabilidade funcional das URAP [Internet]. Lisboa: Ministério da Saúde; 2018 [cited 2018 Jul 1]. Available from: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/01/CNCSP-URAP-proposta-revisao-e-actualizacao-conceitos.pdf>
41. Pordata. Retrato de Portugal 2017 [Internet]. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos; 2017 [cited 2018 May 27]. Available from:  
<https://www.pordata.pt/ebooks/PT2017v20170710/mobile/index.html#p=1>
42. Portugal. Ministério da Saúde. Saúde Oral [Internet]. Lisboa: Ministério da Saúde; 2018 [cited 2018 Jul 1]. Available from: <https://www.sns.gov.pt/cidadao/saude-oral/>

## **Anexos**

Exma Senhora

Dr.ª Olga Gaspar

[olga.gaspar@arslvt.min-saude.pt](mailto:olga.gaspar@arslvt.min-saude.pt)

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data

9/CES/2018

2.01.2018

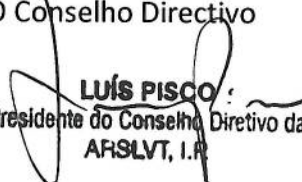
**Assunto: Saúde oral no Serviço Nacional de Saúde. Consequências da introdução de dentistas nos Cuidados de Saúde Primários.**

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projecto mencionado em epígrafe, tendo sido deliberado que o mesmo preenche critérios de isenção de parecer.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido por aquela Comissão, entende que o presente projecto, cumpre critérios de isenção de apreciação.

Com os melhores cumprimentos,

V<sup>o</sup> O Conselho Directivo  
  
**LUÍS PISCO**  
Presidente do Conselho Directivo da  
ARSLVT, I.P.



### Parecer

**Proc.106/CES/INV/2017**

**Assunto:** Protocolo de Investigação referente ao desenvolvimento de dissertação de Mestrado no âmbito do 19º Curso de Mestrado em Saúde Pública.

**Nome:** Olga Maria Garcia Gaspar

**Tema:** Saúde oral no Serviço Nacional de Saúde. Consequências da introdução de dentistas nos Cuidados de Saúde Primários.

**Objetivos:** O objetivo deste trabalho é apurar as mudanças ocorridas na prestação de cuidados de saúde oral após a introdução dos dentistas nos cuidados de saúde primários.

Pretende-se medir a utilização dos cuidados de saúde oral realizada pelos utentes, a produção efetuada pelos médicos dentistas nos centros de saúde e os custos médios obtidos.

Pretende-se, igualmente, analisar as perceções dos dentistas e dos Presidentes dos Conselhos Clínicos e de Saúde (PCCS) quanto às suas experiências profissionais, organizacionais e benefícios obtidos com este projeto.

#### **Parecer:**

Trata-se de um trabalho que busca obter conhecimento sobre um novo tipo de prestação de cuidados assistenciais no âmbito da saúde oral, procurando comparar com os resultados atuais, em que tem sido utilizada outra metodologia;

Para a sua execução, vão ser consultados dados resultantes das consultas de saúde oral nos ACES onde a investigação vai ser implementada;

A sua execução não obriga a contactos com utentes;

A consulta de dados será da responsabilidade da investigadora, sob compromisso de anonimidade;

Complementarmente, haverá recolha de informação qualitativa e apreciativa das mudanças ocorridas com o novo tipo de prestação de cuidados, junto de profissionais contextualmente relevantes;

As informações e resultados obtidos poderão ser relevantes para a consideração, ou não, da utilidade e validade deste novo tipo de prestação de cuidados em saúde oral no âmbito dos cuidados de saúde primários;

**Considera-se que o seu delineamento e desenvolvimento reúnem critérios de isenção quanto à necessidade de aprovação por parte da Comissão de Ética da ARSLVT.**

Lisboa, 27 de dezembro de 2017

“A saúde oral no Serviço Nacional de Saúde - dentistas nos Cuidados de Saúde Primários na ARSLVT”.

As opiniões recolhidas serão utilizadas exclusivamente para fins científicos, sendo confidenciais, só acessíveis aos investigadores do estudo.

A sua colaboração é voluntária.

Agradecemos a sua preciosa colaboração.

1. Na sua perceção, quem recorre/adere mais às consultas de cuidados dentários nos centros de saúde?

- Em termos sociodemográficos
- Em termos socioeconómicos
- Em termos de estado/condições de saúde
- Em termos de condições de saúde oral
- Em termos de literacia em saúde
- Outros

2. Do que se apercebe, quais os fatores que levam os pacientes a optarem pelos cuidados de saúde oral nos centros de saúde? (Classifique de 0 a 5 por ordem crescente de importância)

	Classificação					
Fatores	0	1	2	3	4	5
Mais económico						
Proximidade						
Confiança no profissional						
Qualidade						
Outros						
Outros						

3. Caracterize sucintamente as necessidades em saúde oral dos seus pacientes.

4. O tipo e o número de tratamentos previstos no Projeto de saúde oral nos cuidados de saúde primários são adequados às necessidades dos utentes? Proponha sugestões para aperfeiçoamento do modelo atual.

5. Quais os determinantes da sua escolha para integrar o projeto de saúde oral em centros de saúde da ARSLVT?
6. Comente as condições que dispõe atualmente para o exercício da sua prestação profissional:
  - Ao nível das condições técnicas
  - Aspetos retributivos e carreira profissional
  - Integração na equipa de saúde oral e no ACES
  - Outras
7. Quais os fatores que têm sido favoráveis à implementação dos dentistas nos cuidados de saúde primários?
8. De que forma a colocação de médicos dentistas nos centros de saúde pode alterar a referência para as consultas de especialidade como estomatologia e Cirurgia maxilo-facial?
9. Qual a sua opinião sobre a opção de colocar dentistas nos centros de saúde comparando com a alternativa de utilização de cheque-dentista?
10. Quais foram os principais obstáculos à implementação deste projeto no seu ACES?

11. Quais os riscos que enfrenta atualmente este projeto?

12. Quais as suas sugestões/propostas/oportunidades para melhorar a prestação de cuidados de saúde oral nos cuidados primários no âmbito do SNS.



“A saúde oral no Serviço Nacional de Saúde - dentistas nos Cuidados de Saúde Primários na ARSLVT”.

As opiniões recolhidas serão utilizadas exclusivamente para fins científicos, sendo confidenciais, só acessíveis aos investigadores do estudo.

A colaboração é voluntária.

Agradecemos a sua preciosa participação.

1. Quais os factores que têm sido favoráveis à implementação dos dentistas nos cuidados de saúde primários no seu ACES?

2. Quais foram os principais obstáculos à implementação deste projecto?

3. Quais os principais ganhos expectáveis em termos de Saúde Pública?

4. Quais os riscos que enfrenta atualmente este projecto?

- Questionário aos PCCS  
19-02-2018